

Unge LAR-pasienter; erfaringer om muligheter for endring

Kathrine Nordbø



Masteroppgave sosiologi

UNIVERSITETET I OSLO

30/6-2014

Opplevelser tidligere rusbrukere har av nye handlingsmuligheter i LAR-behandling.

- Hvordan skaper de en endring i habitus ved å plassere seg i nye situasjoner?

© Forfatter

2014

Endring og handlingsmuligheter hos unge LAR-pasienter

Kathrine Nordbø

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Abstract

This assignment is about patients in treatment, who have been assigned to rehabilitation and prescription-drugs to get control over their previous drug use. In accordance with Bourdieu's theory (in "Meditation" 1999) individuals do – in some cases – have the possibility to change their habitus-patterns if they experience a sort of crisis.

With this thesis I want to illustrate what kind of change in habitus the patients have gone through before and in this treatment, and pose some answers to what possibilities of action they have in this system to control their own change, like Giddens suggests.

I have interviewed five individuals (between 20 - 25 years of age) about their opinions and experiences in this opioid maintenance treatment in Norway – LAR, and will detract data from this to illustrate these issues.

There has been made adjustments in the criteria of who could be admitted to this sort of substitute-treatment, and that has influenced also the intentions with rehabilitation.

I will argue for implementing more influence from the patients (Brukermedvirkning) in this treatment. Patients have this right in the healthcare-system in Norway, and opening for cooperation for the individual solutions in the life-changes these young patients go through.

Some of the differences in situation they have gone through is stop using hard drugs such as heroin, and changed them with a prescribed drug as a substitute. In this rehabilitation they have conversations about treatment and medicine. In this assignment I take a look at how the patients I talked to see themselves in this part of their lives: finding a solution in new situations such as with work, education, hopes of family and creating their future.

In this way they can find ways to maintain their change of habitus, by experiencing that they have possibilities to own their process of change.

Forord

Å utforme denne oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess.

Jeg vil gjerne takke alle informantene som sa ja til å være med, og behandlingsstedene og behandlerne som var svært hjelpsomme med å rekruttere fra pasientene der. Jeg vil takke spesielt Hedda Giertsen og Edle Ravndal for god veiledning og for at de dyttet meg fremover i denne prosessen.

Jeg skylder Anne Lise og Kristoffer stor takk for at de gav meg kommentarer og kritiske spørsmål underveis, og til Helle for alle gode muligheter til å tenke høyt. Sist men ikke minst vil jeg takk familie og venner – dere vet hvem dere er – for at dere er, dem dere er.

Oslo, Juni 2014

Kathrine Nordbø

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling.....	3
1.2	Oppgavens struktur.....	4
2	Hva er legemiddelassistert rehabilitering?	7
2.1	Kontrollfaktorer	10
2.2	LAR-pasienter som tidligere rusmiddelavhengige	12
2.2.1	Ulike syn på rusmiddelavhengige:	12
2.2.2	Dobbeltdiagnose.....	13
3	Materiale og metode.....	15
3.1	Materiale	15
3.1.1	Godkjenninger for datainnsamling.....	15
3.2	Å opprette kontakt med respondentene:	16
3.3	Rekruttering av informanter	16
3.3.1	Kjønnsfordeling i utvalget og ulike intervju	17
3.3.2	Rekrutteringsproblemer, ytre betingelser	18
3.4	Etiske vurderinger av intervju med tidligere rusmiddelavhengige.....	19
3.5	Metode – kvalitativt intervju	21
3.5.1	Intervjuer for å belyse narrativer	21
3.5.2	Intervjuprosessen.....	22
3.5.3	Intervjuguide	23
3.5.4	Gjennomføringen i praksis	23
3.5.5	Asymmetri i intervju	24
3.5.6	Gyldighet og overførbarhet	25
3.5.7	Fortolkninger i intervju	25
4	Den metodiske analyseprosessen.....	27
4.1	Stegene i analyseprosessen:.....	27
4.2	Justeringer underveis	28
5	Pasienters mulighet for endring i LAR-behandling.....	29
5.1	Når LAR-behandling blir middel til endring	30
5.1.1	Bourdieu og endring av habitus	32
5.1.2	Ambivalens: selvilde og stigma	34

5.1.3	Goffmans form for stigma.....	36
5.1.4	Begrensninger på grunn av tillagte egenskaper.....	36
5.2	Samtaler & medisiner som mulighet for endring	37
5.2.1	Opplevelse av endringsmuligheter ved samtaler.....	37
5.2.2	Giddens begrep om handlingsmuligheter.....	39
5.2.3	Handlingsmuligheter i medisinsituasjoner	40
5.2.4	To forskjellige medisiner	41
5.2.5	Mange medisiner:.....	43
5.3	Blandingsbruk: nye og gamle handlingsmønster.....	44
5.3.1	Hvilke rusmidler.....	44
5.3.2	Informantenes holdninger til blandingsbruk	46
6	Endring for nye muligheter.....	49
6.1	Å se seg selv som ulike personer.....	49
6.2	Endring: vendepunkt i livet	49
6.3	Informantenes opplevelser av vendepunkt	50
6.3.1	«Hvor bra man egentlig kan få det».....	51
6.3.2	Relasjoner.....	52
6.4	Livsform og handlingsrom	53
7	Avgjørende endring i LAR.....	54
7.1	Rutiner:	54
7.1.1	Medisinhenting.....	55
7.1.2	Apotekenes rolle i å fremme og begrense endringsmuligheter.	55
7.2	Begrensninger på endring og muligheter.....	56
7.3	Boligsituasjonene.....	57
7.4	Hva slags livsendring ønsker informantene?.....	60
8	Brukermedvirkning for muligheter:	62
8.1	Bakgrunn for brukermedvirkning i egen behandling	64
8.1.1	Hvorfor medvirkning i egen behandling	65
8.1.2	Brukermedvirkning for å jobbe mot et anerkjennende perspektiv	66
8.1.3	Bruker som medvirker, eller en rolleplassering	66
8.1.4	Samarbeid.....	67
8.2	Diskusjon: Behandler for pasienten?.....	68
8.3	Pasientrettighetsloven.....	69

8.3.1	Variasjoner	70
8.3.2	En individuell plan som fungerer for brukeren	70
8.3.3	Ulik praksis ved Individuell plan	71
8.4	Handlingsmuligheter ved individuell tilrettelegging i LAR.....	72
9	Prosessten mot bedring	75
9.1	Tidligere forskning på bedring - Multiple recoveries.....	75
9.2	«Pausing» som bedring.....	76
9.3	Jensens og Antonovskys veier mot tilfriskning	77
10	Tvang og kontroller.....	79
10.1	Brukernes opplevelse av trusler:	79
10.2	Kontroller: ‘Jeg vet ikke hvorfor det er sånn’	80
10.3	Henting av medisiner	81
10.3.1	Diskusjon.....	83
11	Konsekvenser av kontroll for pasientenes endringsprosess	85
11.1	«Kontrollmetoder»	85
11.1.1	Kontroll som forutsetninger ved medisinalg og medisinventing	87
11.2	Valg og tvang ved medisin – hva med pasientens ønske?	89
12	Variasjoner i informantenes endringsmuligheter	92
12.1	Anbefalinger og egne valg?	95
12.2	Rettigheter og ønsker hos pasientene.....	95
13	Konklusjon:.....	97
	Litteraturliste.....	99
	Vedlegg 1: Temaliste for intervjuene	103
	Vedlegg 2: Forespørsel om kvalitativt intervju	105

No table of figures entries found.

1 Introduksjon

De siste 50 årene er substitusjonsbehandling blitt innført i flere vestlige land, inkludert Norge. For noen er det denne medikamentbehandlingen som hjelper pasientene til å kunne delta i samfunnet og ta kontroll i egen tilværelse. Rusproblemet forverres av og forsterker mange andre sosiale problemer som fattigdom, familieoppløsning, kriminalitet og hjemløshet (Sociology Encyclopedia, 2013). Opplevelse av innflytelse i eget liv innen en slik behandling, og momenter som begrenser, kan belyse samfunnets forventninger til atferd og hvilke handlingsmuligheter individet opplever å ha.

Opioidavhengighet av stoffene heroin og opioider er en sammensatt lidelse der det er mange som kan trenge psykososiale tiltak innen både psykiatri, helse, og rusavhengigheten. I tillegg er det mange med behov for bo-oppfølging og senere med behov for hjelp inn i arbeidsmarkedet, eventuelt også med tilrettelagt arbeid.

Fordi det er jobbet målrettet for å forbedre behandlingsmetoder på rusfeltet med utvidede behandlingsalternativer, innføring av brukerstyrt behandling og individuell plan, er det blitt en endring i måten behandlingsvesenet møter pasienten. Det er et komplekst fagfelt da bruk av rusmidler er et tema som behandles juridisk (gjennom loven vi kontrollerer samfunnet vårt gjennom), politisk, samfunnsmessig, og gjennom helserelaterte problemstillinger.

Rusavhengighet og rusbehandling er samfunnsspørsmål som har vært – og er aktuelle fordi vi trenger bedre tilbud til mennesker som blir plassert i *stigmatiserte* posisjoner, på grunn av samfunnets forventninger til atferd og gjøremål. Med det utgangspunktet skal jeg se hvilke handlingsmuligheter som foreligger for unge pasienter i behandling.

Her vil jeg fokusere på en gruppe blant individer med avhengighets-kjennskap, LAR-pasienter. LAR står for Legemiddelassistert Rehabilitering og er en behandlingsform for mennesker som sliter med en avhengighet av sterke ulovlige rusmidler, oftest fra bruk av heroin eller andre opiater i flere år. Opiat er et kjemisk stoff som gir smertelindrende effekt i sentralnervesystemet og innebærer stoffer som heroin og morfin (Den nasjonale retningslinjen, 2010). Pasientene har også som oftest hatt et blandingsbruk av flere tunge rusmidler over lengre tid. LAR gir blant annet ut substitusjonsmedisiner som blir en erstatning for disse rusmidlene, og hva dette innebærer skal utdypes i kapittel 5.

«Nasjonal retningslinje for LAR ved opioidavhengighet» (Heretter kalt Den nasjonale retningslinjen) 2010 er fra Helsedirektoratets side reglementforslaget om forsvarlig

behandling av LAR pasienter (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: 14-15). I oppgaven vil jeg ta i bruk denne, fordi retningslinjen har vært med å styre utviklingen av behandlingstilbudet for denne gruppen pasienter. Den inneholder omgjøringer og justering etter erfaringer av behandling i praksis, samtidig som klinikkenes praksis justeres etter retningslinjen. Samtidig med retningslinjen kom også rettigheter som individuell plan, ansvarsgrupper og brukerstyrt behandling (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: 15). LAR inngår nå i TSB, Tverrfaglig Spesialisert Behandling, og som rehabilitering skal det ha like mye fokus på psykososiale tiltak som selve utdelingen av medisiner.

Gruppen jeg har valgt å fokusere på i denne rehabiliteringen, er de yngste fra 20-25 år. LAR har endret inntakskriterier med retningslinjen fra 2010, og endret strukturell modell ved at TSB inngår i de lokale helseforetakene fremfor egne sentre. På bakgrunn av endrede inntakskriterier fra aldersgrense og at det ikke er like vanlig å bli «kastet ut» av LAR dersom pasienten bruker ulovlige rusmidler (Statusrapport, 2009), har det påvirket forholdet mellom medisinske og psykososiale tiltak. Derfor vil det nå være interessant å se på denne aldersgruppens opplevelser av hvilke endringsmuligheter de har i LAR.

Myhra (2012) ser på betydningen av brukermedvirkning i behandling, og hvilke nye utfordringer personalet og pasientene møter ved disse endringene i tilnærmingssåte (Myhra 2012). Jeg tenker det er en orientering pasientene vil merke i behandling, og skal derfor gjennom oppgaven trekke inn betydningen av å orientere seg om brukermedvirkning, og deretter belyse hvordan informantene i utvalget opplever funksjonen med denne rehabiliteringen.

I oppstarten møtte behandlingsformen mye motstand blant annet med hensyn til at det deles ut avhengighetsdannende medikamenter til mennesker med en avhengighet. Det har blant annet tatt lengre tid for Norge å godkjenne et prøveprosjekt enn de andre Skandinaviske landene. En av grunnene var at det var sterk politisk motstand mot denne typen behandling i Norge. Det ble lenge sett som et strafferettslig problem, mer enn en pasientgruppe med helseproblemer (Frantzen, 2011: 39-40; se også Skretting 2010 for forskjellene mellom landene).

Etter innføringen av LAR kritiserte blant annet Evy Frantzen (2001) hvordan rusbehandlingsfeltet i for stor grad var styrt av den gjeldende narkotikapolitikken og samfunnets kontrollbehov. Et av de overordnede budskapene jeg leser i Frantzens fremstilling er å dreie samfunnsforståelsen av narkomane fra en stigmatisert avviker, til en som har en sykdom. Dette kan ses som et viktig skille for behandling og brukerfremmende

tiltak som hadde som effekt å aktivere det mellommenneskelige i kontakten, og opprettholde verdige mennesker med muligheter og kontroll over egne liv.

1.1 Problemstilling

Fokus på brukermedvirkning i rehabilitering og dens betydning for hvilke endringsmuligheter pasientene i denne behandlingen opplever å ha, motiverte frem problemstillingen:

Hvilke endringer av habitus; som nye handlingsmønstre og vaner opplever unge LAR-pasienter i oppstart av rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning i behandling for opplevelsen av handlingsmuligheter til å opprettholde denne endringen?

For å få noen svar på denne problemstillinga, ønsker jeg ved hjelp av disse påfølgende spørsmålene å belyse noen konkrete opplevelser rundt deres behandlingssituasjon.

I - Hvilke opplevelser har unge LAR-pasienter (mellom 20-25 år) av legemiddelassistert rehabilitering, og hvordan forbinder de dette med sin prosess for endring av habitus?

II – Erfarer de yngste i behandling handlingsmuligheter på egne premisser, og opplever de at mangel på muligheter kan legge begrensning på endringen?

III - Opplever informantene at brukermedvirkning i LAR-behandling gir dem disse handlingsmulighetene med hensyn til deres individuelle behov som pasient? Eventuelt på hvilke måter?

Jeg ønsker overordnet å drøfte problemstillingen i lys av den livsendring pasientene fortsetter i LAR-behandling, og skal dermed bruke Bourdieus begrep om endring av habitus. Jeg skal gjøre dette ved å fokusere på habitus-begrepet, slik Bourdieu gjør i Meditasjoner fra 1999. Habitus kan forstås som innlærte handlingsmønstre, altså disposisjoner som er innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaring. Det er som innlærte betingelser for handling. Det eksisterer i følge Bourdieu kun noen muligheter for endring av disse, en frihetsmargin som muliggjøres ved større kriser i livet.

Jeg har intervjuet LAR-pasienter, og ønsker å undersøke om disse brukerne – på individnivå – sier noe om endringsopplevelser før og videre i LAR-behandling, og om dette kan settes i sammenheng med Bourdieus begrep om endring av habitus.

Tidligere forskning (bl.a. Taksdal, 2006) viser at det som regel ikke er institusjonsoppholdene som oppleves som brudd og livsendring for pasientene. For mange er

det overgangen til det «streite liv», faste rutiner, medisiner, og eventuelt egen bolig som krever de største endringene. Dette forteller informantene også om, og jeg vil ta opp dette i kapittel 5-7.

Det som er interessant med denne gruppen og deres situasjon, sosiologisk sett, er deres spesifikke erfaring av livsendring. Som en del av deres fortellinger om sine erfaringer kan en få noen svar på hvordan det oppleves å få tilgang til forskrevne medisiner og være en del av et omfattende rehabiliteringssystem. Kanskje opplever informantene det som en institusjon som setter rammene for eksistensberettigelse og har makt til å definere og sette krav, slik Bourdieu beskriver (1999: 254). Eller kanskje de har en helt annen oppfattelse. Det skal belyses gjennom informantenes opplevelser av hvorvidt de har handlingsmuligheter i sin endringsprosess når de er i en behandling styrt av andre, og i lys av Myhras (2012) forskning om mulighetene ved brukermedvirkning.

I det jeg skal tilnærme meg substitusjonsbehandling fra en sosiologisk synsvinkel, er det viktig å gjøre en distinksjon fra helsefagfeltet for øvrig. Fra et medisinsk perspektiv har det vært fokusert på abstinens, skadevirkninger, rus- og psykiatrikompleksitet, og medisin-doser. Fra et sosiologisk utgangspunkt har det tidligere blant annet vært problematisert sider ved substitusjon som statlig kontrollmekanisme, og brukerens konfrontasjon med en stigmatisert avviksidentitet. Det er også blitt lagt vekt på hvordan det kan hjelpe til å redusere rusrelaterte skader.

I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i et aktørperspektiv, med fokus på informantenes opplevelser av handlingsmuligheter til medvirkning i sin egen endringsprosess. Jeg vil avgrense oppgavens tema til hvilke handlingsmuligheter de opplever i prosessen med medisiner og samtaler, rehabilitering, og erfaringer med kontrollrutiner. Jeg skal bruke analysen av informantenes fortellinger om hvilke opplevelser og erfaringer de har fra LAR-behandling, og på bakgrunn av dette skal jeg prøve å finne noen svar på hvilke handlingsmuligheter de opplever å ha i denne rehabiliteringen til å forme sin endringsprosess.

1.2 Oppgavens struktur

Kapittel 2 er en introduksjon av LAR-behandling og hva det innebærer. Jeg vil presentere noen behandlingsområder som vil være gjennomgangstema i videre kapitler. Dette vil bli med utgangspunkt i en Statusrapport fra 2012 over LAR-behandlingen. Undersøkelsen tar opp

omfanget av denne gruppen, hvordan brukermedvirkning spiller inn, problemstillinger som valg av medisin, og sysselsetting. Videre vil jeg se denne struktureringen av LAR i lys av et kontrollperspektiv

I kapittel 3 og 4 presenterer jeg datamaterialet, og mine metodiske refleksjoner. Jeg vil ta opp hvilke valg og utfordringer som oppstod underveis, både med hensyn til rekruttering av informanter og i selve intervjusituasjonene. Jeg vil også gå gjennom den metodiske analyseprosessen og presentere momenter som har vært viktige for hvordan analysen ble gjennomført.

Deretter vil jeg presentere informantene som er fokuset i denne oppgaven. I de neste kapitlene vil jeg ta opp de tre spørsmålene i oppgaven gjennom Tema 1-4: forventninger til endringsprosessen, handlingsmuligheter, brukermedvirkning, og kontroll. Sammen kan spørsmålene gi noen svar på problemstillingen.

I 5. kapittel skal jeg forsøke å belyse noen sider ved de to første spørsmålene om informantenes forventning til sin endringsprosess innen LAR-behandling og hvilke handlingsmuligheter de har i denne rehabiliteringen, som jeg skal kalle Tema 1 og Tema 2. Jeg vil se på hvordan de opplever at LAR-behandlingen med medisiner og samtaler påvirker deres videre endringsprosess, og så trekke inn hovedteorien til Bourdieu om endring av habitus. Som eksempel på begrensning på endring skal jeg bruke Goffmans teori om stigma og stigmatisering.

Etter dette vil jeg ta opp deres handlingsmuligheter gjennom Giddens fremstilling, og eksemplifisere med kontroll-dimensjonene i LAR ved å belyse forskjellige perspektiv rundt valg av medisin, ekstra medisiner, henterutiner og holdninger til blandingsbruk med medisin og rusmidler.

I kapittel 6 og 7 skal jeg gi noen svar på forholdet mellom spørsmål I og spørsmål II som grunnlag for problemstillingen. Kapittel 6 er en gjennomgang av en teori om hvordan endring kan skje, sammen med eksempler på informantenes vendepunkter som førte til et ønske om en endring av situasjon. Kapittel 7 handler om avgjørende endring, som rutiner i livet, og nye situasjoner som arbeid og bolig.

I kapittel 8 vil jeg gi noen svar på spørsmål III gjennom tema 3 om en brukermedvirkning som skaper handlingsmuligheter for at informantene skal klare å opprettholde endringene som de nye vanene og handlingsmønstrene. Jeg skal også se på hvilken betydning den har i behandling og for informantene. Myhra (2012) er en sentral forkjemper for dette synet, og skal brukes for å eksemplifisere hvilken betydning medvirkning kan ha. Etter dette skal vi se

på lovverkets rammer, og Vatnes (2006) argumenter for mer medvirkning fra pasientene.

Tema 4 er siste hovedtema og tar konkret opp kontrollaspektene som er av betydning for opplevelsen av handlingsmuligheter og hvilke muligheter pasienten har for endring. Kapittel 9 og 10 tar for seg dette temaet. En analyse av konsekvensene av kontroll gjør jeg i kapittel 11.

Til sist vil jeg oppsummere i kapittel 12 og 13 de ulike aspektene i rehabiliteringen under ett, ved å knytte informantenes utsagn av deres opplevelser og erfaringer, med deres forslag til hvilke muligheter som finnes for videre tilrettelegging av behandlingen.

2 Hva er legemiddelassistert rehabilitering?

Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) er et tilrettelagt tilbud til individer som ønsker medikamentell behandling for avhengighet av opiumsstoffer (Den nasjonale retningslinjen for LAR ved opioidavhengighet, 2010: 12-13).

Før 1990-tallet hadde det i mange år allerede vært ulike former for utdeling fra leger, og metadonbehandling var en del av praksisen også i Norge. Det statlige foretaket begynte som et prøveprosjekt kalt Metadonbehandling i Oslo (MiO), og ble etablert som Legemiddelassistert rehabilitering i 1998 (Frantzsen, 2001: 39-40). Da LAR-behandlingen ble satt i gang som et tiltak, kom det som en reaksjon på at det ble delt sprøyter på en måte som var både helsefarlig og førte til spredning av HIV-smitte. LAR-behandlingen var tenkt å skulle omfavne 10 % (2400 pasienter) av de «tungt belastede sprøytenarkomane» (Vindedal, 2004: 34).

Fra 2004 ble LAR-virkomheten flyttet til de regionale helseforetakene, og er organisert på ulike måter i de forskjellige foretakene (Rapport, 2010: 10). Det kom flere endringer med «Den Nasjonale retningslinjen for LAR» fra 2010 og samtidig ble LAR lagt innunder TSB som nevnt og styres nå regionalt fra disse stedene, med utgangspunkt i felles retningslinje (Statusrapport, 2013: 11).

I Retningslinjen (2010) står det at LAR har oppnådd flere ønskede resultat, blant annet med tanke på bedre helse hos pasientgruppen, mindre kriminalitet, og mer oppfølging av individene med avhengighet. Aldersgrense som et av minstekravene for innpass til behandling er opphevet med retningslinjen fra 2010. Det er heller ikke like vanlig å bli tatt ut av LAR dersom pasienten bruker ulovlige rusmidler, og bryter med et av kriteriene i rehabiliteringen (Statusrapport, 2009). Det konkluderes i Statusrapporten at bruk av narkotiske stoffer vil forekomme hos noen pasienter i denne behandlingen, i og med at de er i rehabiliteringen på grunn av avhengighet eller problembruk av tyngre stoffer. Kriteriene for behandling har dermed tilpasset seg pasienter i ulike situasjoner, og med ulike mål.

For å løfte frem noen av utviklingstrekkene i denne behandlingsformen, kan vi se til statusundersøkelsen fra «Statusrapport 2012», som er en statlig engasjert rapport over LAR på nasjonalt plan. I dette første avsnittet skal vi se på noen av endringene beskrevet i denne.

Videre skal vi se hvordan rusfeltet blant annet har utviklet seg til å omfatte langt flere pasienter, og endret fokus for behandlingen ved å orientere seg vekk fra fokus kun på skadereduksjon og kontrollmetoder til mer opprusting rundt medvirkning og selvstendiggjøring.

Utvikling i omfang:

Det var 7038 pasienter i LAR i utgangen av 2012. Det har vært en økning på mer enn 600 pasienter hvert år de siste årene¹. Gjennomsnittlig har mellom 500 og 800 pasienter vært på venteliste for at søknaden skulle bli vurdert, etter at LAR ble innført i 1998 (Statusrapport 2012: 12; Statusrapport, 2013).

Da behandlingen i utgangspunktet var ment å skulle tilbys kun 10 % (omkring 2400) av den potensielle brukergruppen, førte det til at flere enn de som var tiltenkt denne behandling i realiteten søkte om den. Dermed var etterspørselen for behandling mangfoldig større enn tilbudet, og rapporten konkluderte med at målgruppen bare delvis var nådd (Vindedal, 2004: 34).

Først i 2012 var antallet ned mot 116 pasienter på venteliste. I tråd med pasientrettigheten om 30-dagers-fristen for behandlingen av søknaden, meldes det om at det overholdes med kun få unntak. Statusundersøkelsen 2011 hadde en svarprosent blant alle landets pasienter på 80 % (5753 pasienter). Av de som svarte var 74 % mellom 31 og 50 år. 2 % (rundt 115 pasienter) var fra 21-25 år som er målgruppen i denne oppgaven.

Medisin – buprenorfin eller metadon

Det er hovedsakelig to typer medisiner som velges mellom til pasienter i LAR. Hvis vi sammenligner 2007 og 2011 kan vi se endringene i orienteringer rundt hvilken medisin LAR-sentrene har foretrukket å ta i bruk. I 2007, fikk 61 % av pasientene i LAR metadon, da det fra World Health Organization ble kommunisert som foretrukket blant annet med tanke på å redusere distribueringsfaren, det vil si videresalg. I årene etter, har buprenorfin vært det foretrukne legemiddelet fra LAR sin side, med større fokus på hensyn til pasienten, i følge undersøkelsen. I utgangen av 2011, fikk 47 % metadon, mens overvekten 53 % fikk buprenorfin (Statusrapport, 2012: 32). I disse 53 % er subutex det som forekommer mest, da 31 % av disse fikk forskrevet dette legemiddelet, og 19 % fikk kombinasjonspreparatet

¹ Omfanget av pasienter på rundt 7000 kan settes i perspektiv ved å eksemplifisere med en rapport utgitt ved Skretting og Amundsen m.fl. i 2010, som viser at anslagsvis et sted rundt 155 000 individer (+/- 25 000) har tatt i bruk et narkotisk stoff i løpet av et år. Med andre ord innebærer det hvert år, under 5 % av befolkningen over 15 år (Sirus, 2010: 66).

suboxone².

Internasjonalt anbefaltes det at doseringsnivået er mellom 80 mg og 120 mg. Det gjennomsnittlige nivået metadon som er utdelt i Norge ligger på rundt 100 mg, etter noe reduksjon fra 2007.

Medvirkning

Det er vanskelig å få inntrykk av hvordan pasientene opplever samarbeid og medvirkning i behandling, på basis av Statusundersøkelsen. Det som fremkommer er at rundt 54 % av pasientene i Oslo og Bergen har ansvarsgrupper som er møter med fokus på at pasienten får oversikt over ulike tiltak og legge frem sine ønsker. I Oppland og Buskerud har de noe mer bruk av ansvarsgrupper og over 70 % av pasientene rapporterer at de har dette tiltaket. Ansvarsgruppemøter brukes som et sentralt virkemiddel for å oppnå helhetlig behandling, og intensjonen er at det skal tas i bruk mer aktivt i behandling.

Hvorvidt pasienten har en individuell plan kan også ses som en måte å måle grunnlag for medvirkning. Av rapporten kommer det frem at kun 36 % har en slik plan, og at det har et klart forbedringspotensial (Statusrapport, 2012: 62)

Sysselsetting

I følge statusrapporten er også tanken om rehabilitering sentral i LAR, med tiltak rettet mot sosial velferd som bolig og arbeid. I statistikken basert på flertallet i LAR behandling, er landsgjennomsnittet pasienter uten jobb på 78 %. Bergen har det laveste gjennomsnittet av de uten arbeid, på 67 %, og Oslo det høyeste 86 % (Statusrapport, 2012: 26-27). Grunnene til dette vet vi lite om. Det vil kunne være interessant å se hva den yngre gruppen i LAR har av tanker, erfaringer og forutsetninger rundt det å være i arbeid.

Disse punktene om pasienter i LAR, medisinvurderinger, og sysselsetting fungerer som en introduksjon til mine fire gjennomgangstema i oppgaven. Overordnet handler de om hvilke opplevelser pasientene har av LAR-behandlingens funksjon i livene deres.

Jeg ser på dette gjennom hvilken rolle rehabiliteringen spiller i endringsprosessen, og i endring av habitusmønster i tråd med Bourdieus teori. Vi skal se deres muligheter og ønsker i behandling og jeg vil knytte ønsket de har om sysselsetting, til Giddens begrep om handlingsmuligheter. Medvirkning i behandlingen handler om å få inn mer selvstendiggjøring

² 3 % er ukjent

og kontroll for handlingsmuligheter til endring. Derfor vil jeg først ta opp kontrollfaktorer som legger begrensning på pasientenes handlingsmuligheter i LAR-behandling.

2.1 Kontrollfaktorer

Hvilke hensyn som bør tas ved substitusjonsbehandling, og hvilke komplikasjoner som kan oppstå er det gjort flere studier på (Harris og McElrath 2012; Järvinen og Miller 2010; Ødegaard 2010; Bourgois 2012; Cleary et.al 2009), og noen av dem skal nevnes her. For at vi i Norge skulle få innsyn i effektene av medisinbehandling og andre spørsmål rundt prioriteringer innen LAR-behandling, har vi i lenger tid sett til andre land som har hatt lenger erfaring med statlig substitusjonsbehandling. I det følgende skal jeg trekke frem noen sosiologiske perspektiv på kontroll i substitusjonsbehandling. Senere skal jeg løfte frem noen pasienters opplevelser av noen av disse samme kontrollmetodene.

I en artikkel av Harris og McElrath (2012), hvor de gjorde en studie av metadonpasienter i substitusjonsbehandling i Irland, knyttet de begrepet sosial kontroll og stigma til pasientenes erfaringer. Sosial kontroll forekom i flere av sfærene pasientene oppholdt seg; både inne i klinikkene i forbindelse med krav, ekstra tiltak ved henting av medisin, og ute i det offentlige der de tidligere ble straffeforfulgt for bruk av rusmidler. Pasientene opplevde også at den sosiale kontrollen ble forsterket av ubalansen i makt som oppstod fordi individene i maktposisjon kunne kontrollere, følge og straffe atferd de oppfattet som uønsket.

Margaretha Järvinen problematiserer maktbruken innen metadonbehandling i Danmark. Järvinen og Miller (2010) skriver om ulempene dette kan medføre for pasientene. I og med at det er behandleren som har makt til å organisere hvilke tiltak som settes i gang, får vedkommende også myndighet til å definere avhengigheten i større grad enn pasienten (Järvinen and Miller 2010: 817). Det kan skape en opplevelse av at behandleren tar kontrollen fra pasienten, dersom ikke partene kommuniserer om hvilken form for behandling pasienten kan dra fordel av.

Maktutøvelsen som har vært en sentral del av LAR-behandling kan trekke veksel på behandling i psykisk helsevern, hvor praksisen over lengre tid har vært styrt av lover og forskrifter. I tillegg er det behandleren som innehar definisjonsmakten for hva som er det beste for pasienten (Sommerseth, 2005: 13). Pasienten har slikt sett lite innflytelse til å påvirke behandlerens definering av seg, og behandlerens oppfattelse blir dermed ofte den

styrende, noe på samme måte som Lipsky illustrerer i boken 'Street Level Bureaucracy' fra 1980.

Fortsatt kontroll

LAR-behandlingens raske utvikling etter den ble igangsatt, førte med seg flere kontrolltiltak og disiplineringsaspekter (se Ravndal, 2009; Ødegård, 2011). Eksempler på disse kontrolltiltakene er å måtte hente medisindose daglig, og urinprøvekontroller for at behandler kan holde oppsyn med inntak av medisin og eventuelle rusmidler. Noen av informantene i mitt utvalg fortalte at de opplever det som begrensninger i livet, mens andre sa at de setter pris på noen av disse formene for struktur i en ellers lite strukturert hverdag. Samtidig sa noen informanter at de plasserte seg på sidelinjen av behandlingsmodellen i LAR, fordi den ble for kontrollerende for deres ønske og mulighet til å bli ved behandlingen.

Det som ofte har vært problematisert med LAR-behandling, er tanken om medikament-utdeling som en behandlingsform for mennesker som i utgangspunktet strever med et rusmiddelproblem (Se blant annet Ravndal, 2009).

Denne diskusjonen deler seg ofte opp i spørsmålet om hva som teoretisk sett virker fordelaktig og hva som ser ut til å fungere best i praksis. Erfaringer hos informantene til Frantzsen (2001) og Harris & McElrath (2012) viser at det er viktig å se til praksis etter hvilke muligheter som kan oppnås i denne behandlingen, og se etter hvilke faktorer som åpner for en god endringsprosess.

Etter endret retningslinje hvor aldersgrensen ble fjernet, har det vært spekulert i om vi ville få en høyere andel pasienter i aldersgruppen med de yngste brukerne. Det har foreløpig ikke vært tilfelle (Statusrapport, 2013: 24). Flere konkrete endringer har åpnet for at substitusjonsbehandling tilbys også de unge, i og med at forståelsen av substitusjonsbehandling generelt ser ut til å ha gjort et skift fra skadereduksjon rundt de mest slitne brukerne til et fokus på livsendring, tilrettelegging, og mer kontroll over egen behandling.

På en måte handler disse temaene om holdninger: holdninger til individer med avhengighet, til behandlingsmetoder som tilbys pasienter, hvilke kontrollrutiner som skal legges rundt behandling, og hvilke holdninger klinikkene har til pasientenes rett til å medvirke i sin behandling.

2.2 LAR-pasienter som tidligere rusmiddelavhengige

Dette avsnittet tar for seg ulike måter å tenke om behandling. Hvilken betydning har vår forståelse av intensjonen bak rusavhengighetsbehandling for måten vi oppfatter rusmiddelavhengige?

Da LAR-behandlingen ble satt i gang som et tiltak sent på 90-tallet, kom det som en reaksjon på en sprøytepraksis som ble sett som helsefarlig. Streng kontrolltiltak har etter dette fortsatt å være i fokus i tilnærmingen til behandling. Ødegårds (2011) poeng om den kopernikanske vendingen i narkotikapolitikken skal trekkes frem her. Det politiske fokuset i Norge var lenge orientert mot troen på et narkotikafritt samfunn. Da prøveprosjektet ble startet opp, var det med en målorientering om å redusere smittefaren av HIV både innad i miljøet, og de negative virkningene ut mot resten av samfunnet. Utover 2000-tallet var ikke smittefaren lengre trusselen, og en gikk over til³ skadereduserende tiltak (Ødegård, 2011: 13). En ser likevel at orienteringen om skillet mellom «oss» og «dem» har vært viet stor plass i vår orientering rundt narkotika.

Det har som Ødegård beskrev, vært viktig med et skift fra å se rusmiddelavhengige som smittebærere, til å se dem som medmennesker med en avhengighet (Ødegård, 2011: 14). Som vi skal se i neste avsnitt, påvirker vår forståelse av rusavhengighet den behandlingen som tilbys.

2.2.1 Ulike syn på rusmiddelavhengige:

Som Ravndal peker på, er det avgjørende hvorvidt vi ser rusproblematikk primært som atferdsproblemer med psykiske og medisinske tilleggsfaktorer, eller om vi ser avhengighet som sykdom en med behandling enkelt kan friskstilles fra. Det er helt avgjørende for hva slags behandling som tilbys (Ravndal 2009: 77). Dersom vi ser det som sykdom er det størst fokus på tilfriskning, mens hvis vi derimot ser det hovedsakelig som atferdsproblematikken må vi ta i betraktning rus og psykiatri som tilleggsbelastninger.

Også Skretting (2010) har samme syn på det medisinske, men legger her større vekt på

³ Det bør kommenteres at Ødegård skrev at vi her brøyt med hovedfokuset på et narkotikafritt samfunn. Likevel argumenterte han ikke at vi har gått helt vekk fra denne orienteringen, men at andre mål er kommet foran.

samfunnsbetingelsene. Med den medisinske sykdomsmodellen, fokuseres det på avhengighet som uforskyldt ervervet sykdom, mens den sosialfaglige modellen tar utgangspunkt i samfunnsbetingelser, og individenes valg som fører til rusmiddel(mis)bruk. De ulike utgangspunktene blir styrende for hvilke forklaringsgrunnlag, og endringspotensial en ser mulighetene av. Eksempelvis, vil det å oppfatte avhengighet som sykdom senke antagelsen om ansvar og skyld (Skretting, 2010; Amundsen m.fl. 2010: 31). Med de ulike perspektivene har vi ulike orienteringer om målet med behandling, og ulik tro på individers endringsmuligheter.

Sykdomsbegrepet ved avhengighet kan problematiseres noe videre. Rise (Rise i Amundsen m.fl. 2010) argumenterer at avhengighet ikke er en sykdom i nevrofysiologisk forstand. Selv om hyppig bruk av rusmidler forstyrrer kroppens naturlige læringsfunksjon, så vil disse funksjonene normaliseres kort tid etter at bruk opphører. I stedet mener han poenget med å bruke begrepet sykdom, er at det gir individene rettigheter til behandling.

Forsker på psykologisk institutt, Hanne Brorson, argumentere at dette fokuset på pasientens ansvar har vært på grunn av orienteringen om rusavhengighet som et moralsk problem, mer enn et helseproblem. Hun mener det er viktig å snu fokuset mer over på relasjonen mellom partene, og vekk fra moralisering som utgangspunkt. Wisløff vektlegger også betydningen av å se på samhandlingen mellom pasient og behandler, når en forsøker å vurdere hva det er som er viktige faktorer når behandling fungerer. «Det er litt på samme måte som de gode lærerne en husker fra grunnskolen, som ble betydningsfulle relasjoner fordi de hjalp en på vei mot målet» (Wisløff og Brorson i Aftenposten, 23/3-2014: 4-5).

2.2.2 Dobbeltdiagnose

I tråd med denne diskusjonen viser også Taksdal m.fl. (2006) til en form for dobbeltdiagnostikk, det vil si at pasientene har to selvstendige medisinske diagnoser oftest både psykiatri- og rusproblematikk (2006: 138). Ofte har slike pasienter havnet *mellom* to hjelpeinstanser, hvorved ingen av dem har tatt ansvaret for behandling. Med LAR-behandling er det ment å skape samarbeid om tiltak, for personer i denne typen situasjon. Rus og psykiatri henger alltid sammen i følge Rahn (2011). En kan ikke behandle rusen først, for deretter å ta for seg psykiatrien (Rahn i Ressurs, 2011: 16). Dette støtter opp under forståelsen av rusavhengighet som en flersidet problematikk i mellom rusmidlene i seg selv, men også uavhengig av rusmidlene på et mer psykologisk plan. Rusmidlene blir en del av en kjent

mestringsstrategi, slik at vanen i avhengigheten stikker dypere enn selve avhengigheten av stoffene.

James Bowen en tidligere «rusmiddelmisbruker» skriver i sin bok fra 2013 hvordan han en dag skjønnte etter å ha kjent det på kroppen, hvorfor avhengighet er så vanskelig å kvitte seg med: «Årsaken er like mye fysisk som psykisk (...) De avhengige kreftene er definitivt sterkere enn de som forsøker å få deg til å slutte» (Bowen, 2013: 208). Ønsket om å slutte er en plan i nær fremtid, og er som helt andre krefter enn de som styrer når «avhengighetsabstinensene» er tilstedeværende.

Som en av informantene beskriver det: *«så er det som du har en slags indre kontroll når du ikke har rust deg og kroppen er frisk og ren og, ikke en søppelplass for narkotika liksom; og giftstoffer. Men når du er det så er det mange ting som ikke fungerer, signalstoffer til hjernen og sånn tenker jeg som ikke fungerer som det skal. Og da er det sånn indre kontroll, når du får angst eller sånn redsel inni deg som du skal kunne liksom takle helt fint da, sånne ting som bare være litt nervøs i hverdagen utvikler seg til å bli liksom sånn kjempepanikk-angst-arta for meg da. Men når jeg har vært rusfri to måneder og sånn, så kommer den indre kontrollen tilbake og da klarer jeg liksom å ta kontroll over det på en annen måte da».*

Et synspunkt er at fokuset hos hjelpeapparatet ofte ligger på selve rusingen, mens de unge rapporterer at de trenger mest hjelp i forhold til psykisk helse, i følge leder for Uteseksjonen Børge Erdal (=Oslo, 2014: 21).

En av informantene i utvalget eksemplifiserte dette problemet slik: *«(...) 'vi må snakke om medisinen din'. Det er liksom eneste gangen du hører fra dem. Aldri noe sånn: 'Ja det går bra eller?' Plutselig så etter 4 måneder så ringer dem og begynner å mase om medisinen igjen. Tenker liksom: 'Ah, gi faen i det da', spør meg heller åssen det går liksom.»*

En annen fortalte mye om opplevelser av angst, sterkt ubehag, og det å bli observert mens en tar medisin: *«i den fasen hvor jeg nettopp er ferdig nedrust og sånn så sliter jeg veldig mye med angst og sånne ting».*

Pasientene forteller at de i en periode sliter med mye uro og dårlig psykisk helse. De sier de kunne trenge tryggere rammer der de selv er i kontroll, i stedet for at kontrollrutinene i LAR gjør perioden vanskeligere. Om en hadde kunnet tilrettelegge den individuelle behandlingen mer mot de enkelte pasientenes behov, kunne den første fasen i rehabiliteringen bli en mindre psykisk krevende situasjon for pasientene.

Informantenes opplevelser på disse og andre rehabiliteringsområder skal løftes frem i det videre, etter en mer utførlig presentasjon av dem og av intervju som metodevalg.

3 Materiale og metode

I dette kapittelet vil jeg presentere datamaterialet som er grunnlaget for oppgaven. Jeg vil ta opp prosessen med å opprette kontakt og rekruttere informanter, og i tillegg viktige etiske hensyn med denne gruppen pasienter. Deretter vil jeg gjøre rede for metoden jeg brukte for å innhente materialet og hensikten med å velge intervju, som metode som en måte å belyse interessante posisjoner

3.1 Materiale

Materialet består av 5 intervjuer med pasienter fra 20-26 år, fra kliniker på Vest- og Østlandet. Utvalgskriterier for informantene var at de hadde blitt tatt opp i LAR-behandling mens de var mellom 20 og 25 år, og at de selv ønsket å være med på et intervju. De har den egenskap at de representerer gruppen av unge LAR-pasienter som har konkrete opplevelser og kan fortelle om sine erfaringer med behandlingen. Informantene hadde vært i LAR-behandling mellom 1 og 2 år og gjennomsnittsalderen var 23 år.

Det at de har personlige erfaringer av behandlingen i praksis, gjør at man i samtale med dem kan få frem temaer om hvordan LAR-behandlingen påvirker livsendringene og handlingsmulighetene til unge brukere. Informasjon fra slike former for kvalitative tilnærminger kan være med å påvirke utformingen av tiltak og påvirke hvilken betydning rehabiliteringsformen får videre.

3.1.1 Godkjenninger for datainnsamling

For å få mulighet til å gjøre disse intervjuene, måtte jeg sende flere søknader. Intervjuene ble utført etter vurdering fra NSD, og Sykehusets Personvernombud. I tillegg måtte studien klareres på de ulike avdelingene der de aktuelle LAR-pasientene ble kontaktet fra.

Avdelingsledere har hjulpet til med å formidle muligheten for intervju, til den aktuelle gruppen pasienter, og har vært gode parter å samarbeide med under formidlingen av undersøkelsen. Jeg tok først kontakt med de aktuelle klinikkene og poliklinikkene. Deretter reiste jeg i datainnsamlingsperioden til flere byer for avtaler på to behandlingssentre samt utdelingssteder og to lukkede avdelinger.

3.2 Å opprette kontakt med respondentene:

Mail-korrespondanse foregikk med to (poli)klinikker helt fra våren før prosjektet ble satt i gang. På den ene klinikken var det to avdelinger, hvorav den ene avdelingen hadde begrensninger i forhold til hva forskningslederen ville tillate av belastning på pasientene, da de her var i en tidlig fase av LAR-opplegget. Det var ulike prosedyrer på de to klinikkene. På den ene var det forskningssjefen som avgjorde hvorvidt det var forsvarlig og ønskelig å åpne for denne typen intervju på dette tidspunkt. På den andre var det praksis å søke Sykehusets Personvernombud for godkjenning av forskningsintervju.

Bakgrunnen for ulik praksis var trolig at den ene klinikken var en del av et behandlingsopplegg, hvor pasienter kom inn for kun få uker/måneder av gangen, til oppstart av behandling. Den andre klinikken var et hentested av medisiner for LAR-pasienter, og det var derfor et mer stabilt utgangspunkt for forespørsel om noen pasienter tilhørende avdelingen ønsket å være med på et intervju.

3.3 Rekruttering av informanter

Kriteriene for hvem som ble spurt om de ønsket å delta, ble bestemt ved studiens rammer og klinikkens rammer. De måtte være i aldersgruppen mellom 20-25, og være på et stadium i behandlingen hvor samtykket ble forstått ensbetydende frivillig. Fra avdelingene kom kriteriene om at pasientene de spurte ikke måtte være i den mest sårbare fasen av nedtrapping eller oppstart (stadig redusert eller økt dose medisiner). Det resulterte i at på en klinikk hvor det var 2 avdelinger, ble den ene utelukket. Dette hensynet var viktig, og var en del av forventningene mine i forkant av vurdering rundt muligheten for å få innpass til å gjøre intervjuer.

Å få innpass i rusfeltet var en flersidig prosess, og det var flere formaliteter jeg måtte sette meg inn i, blant annet flere forespørsel- og søknadsprosedyrer. Jeg måtte kontakte ansvarspersoner på klinikkene, og stole på at disse personene formidlet mitt budskap til potensielle informanter, i tråd med intensjonene mine. Det var reglement og vurderinger som avdelingsledere måtte handle etter, og de hadde hovedansvaret om å spørre individer fra gruppen om de ønsket å delta i intervju; i og med at pasientenes kontaklinformasjon kom fra lukkede avdelinger.

En av grunnene til at kontakt med pasientene bør skje gjennom personalet, selv om det

innebærer å overlate noe av formidlingen til andre, er at det er de som sitter med informasjonen om hvem som tilhører den aktuelle gruppen til dette prosjektet. Det eksisterer ikke et offentlig register over hvem som er i behandling, og en må derfor gjennom avdelingspersonell for å kunne få tilgang til informasjon om hvem som er i LAR-behandling og tilhører aldersgruppen.

Av etiske hensyn ønsket jeg med dette også å unngå at det ble press på pasientene i forhold til å oppleve at de burde melde seg til prosjektet, men at selvrekrutteringen i stedet ble preget av størst mulig grad av frivillighet. At listene inneholder personinformasjon som det ikke er noen vesentlig grunn til at jeg som intervjuer skulle kjenne til, er også en grunn til at utvelgingen ble overlatt til avdelingspersonell.

En forutsetning av dette ble at avdelingspersonellet kunne unnlate å spørre dem de tenkte at kunne få problemer med en eventuell intervjusituasjon. Dette er dermed en seleksjonsvurdering som utvalget er påvirket av, som er viktig å gjøre rede for. At kun de som hadde vært i behandling en stund ble spurt, kan ha ført til et utvalg av de som har mest utbytte av behandlingen, og færre av de som er usikker på om behandlingen fungerer for dem.

Samtidig er det helt sentralt at en slik vurdering tas i et behandlingsfelt som dette. Forskning skal ikke gå på bekostning av andre viktige hensyn, og en skal ikke risikere å utsette de involverte for vanskelige situasjoner. Hvorvidt disse pasientene er i behov for denne ekstra beskyttelsen ble opp til behandlingsansvarlig å vurdere. Det vil i praksis bety at det er en del informanter jeg ikke fikk anledning til å forhøre meg med, men i denne studien ble hensynet til pasientene vurdert som viktigere å prioritere.

Med de pasientene som ble spurt på de respektive to (poli)klinikkene, ble det dermed en selvrekruttering for de som ønsket å delta. Én av tre personer som ble spurt på den ene klinikken ønsket å delta, og jeg hadde i starten et materiale fra intervjuer med fire unge pasienter i denne behandlingen

3.3.1 Kjønnfordeling i utvalget og ulike intervju

Som vi skal se i neste avsnitt, er det ikke en jevn fordeling blant kjønnene i denne aldersgruppen. Jeg kom i kontakt med én kvinnelig pasient som ønsket å være med i intervju. Etter hovedutvalget av informanter som bestod av fire pasienter, kom jeg også i kontakt med en pasient etter avsluttet datainnsamling.

Jeg valgte å gjennomføre dette intervjuet, men tok meg ikke tid til transkribering. Utdrag fra

opptakeren er likevel tatt med da dette intervjuet også belyste noen sider av de temaene jeg har ønsket å problematisere i denne oppgaven. Av de fem intervjuene ble dermed ett gjennomført uten opptaker men skrevet ned, tre gjort med opptaker og transkribert, og ett tatt opp på lydbånd og brukt i videre analyse.

3.3.2 Rekrutteringsproblemer, ytre betingelser

En refleksjon ved innpass innen et felt som dette, var at jeg fant det viktig å vurdere hvilke andre muligheter jeg hadde dersom behandlingsfeltet ikke åpnet seg. Det er ingen selvfølge at man får innpass ved behandlingsklinikker til forskningsformål, for selv om noe kan ses som interessant i et sosiologisk perspektiv, er det ikke nødvendigvis til pasientens beste å forske på det på den tiltenkte måten. Pasienter kan være i en sårbar fase, og derfor kan behandlingsledere ha ønske om å beskytte dem fra unødige påkjenning mens de er i behandling. En annen grunn til at antallet intervjuer med individer i denne pasientgruppen kunne bli begrenset, lå i selve omfanget: per dags dato, fire år etter at aldersgrensen i retningslinjen ble opphevet (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010), er det svært få under 26 år i denne behandlingsformen. Det er heller ikke utgitt mye offentlige tall som skiller dem fra andre i gruppen for øvrig. En av de siste offentlig utgitte statistikkene om denne gruppen, er fra Statusrapporten 2013 som viste til at det er rundt 2 % – røft regnet cirka 115 pasienter mellom 20-25 år, på landsbasis. Det er 70-80 % menn på de fleste behandlingsklinikker. Dette har derfor påvirket utvalget, og stemmer overens med tanke på andelen menn og andelen kvinner i datamaterialet.

Det kan være noe av grunnen til at det var vanskelig å rekruttere informanter fra denne aldersgruppen. Hva kan et begrenset antall pasienter bety for utvalget av informanter? I forbindelse med at pasientene var tilknyttet klinikker, ble det opp til behandlerne å vurdere pasientene med tanke på etiske hensyn rundt hvem som burde bli holdt utenfor. Dersom halvparten av den andelen som ble spurt hadde lyst til å bli intervjuet, ville i realiteten rundt én fjerdedel av pasientene i LAR være potensielle informanter til intervju.

Som eksempelet viser, var det sannsynlig at det ville bli et begrenset antall respondenter. Det er likevel med kvalitative dybdeintervju som metode, mulighet for å innhente rikholdig informasjon fra et fåtall pasienter. Som vi også ser her, er det behandlingslederens vurdering som er mest førende for om pasienter i denne form for behandling kan rekrutteres til intervju, i tillegg til motivasjon hos de enkelte pasientene som blir spurt.

Når feltet åpnet seg, var det en periode vanskelig å få avtalt intervjuer med pasient og behandler. Jeg ble fortalt av behandlerne at dette blant annet kom av at pasienter ikke alltid møtte opp til avtaler. Spesielt mye frafall ved behandlingsavtaler var det i de yngste brukergruppene mente de, slik som i målgruppen her. Det kan selvfølgelig også ha vært andre grunner av betydning, som ikke er blitt formidlet til meg. Blant annet ble det utført en årlig undersøkelse som krevde mye ressurser fra ansatte i perioden oktober til januar.

Da kontakten ble etablert, og møtene ble satt opp, gikk det derimot raskt unna med intervjuer og det ble samtaler med flere engasjerte informanter, som ivrig delte sine synspunkter og opplevelser.

3.4 Etiske vurderinger av intervju med tidligere rusmiddelavhengige

Alle potensielle informanter ble informert om aspekter ved deltagelse, i tråd med NESH⁴. Dette innebar frivillighet i deltagelse, konfidensialitet, bruk av båndopptaker, og at data innsamlet ville anonymiseres og opptakene slettes. Norges Samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD, vurderte innsamling av data til studien. I tillegg ble det sent en søknad angående forskning utenfor REK, og en søknad til Universitetssykehusets Personvernombud. Dermed var det meste klart for å sette i gang intervjuene.

Underveis i intervjusituasjonen forhørte to av informantene seg om konfidensialitet overfor de ansatte. Dette kan tyde på at informasjonen som kom frem i intervjuet er av forskjellig verdi avhengig av hvem som får vite om det. Blant annet kom temaet om konfidensialitet opp i et intervju, i forbindelse med avsløringer rundt perioder vedkommende ikke hadde holdt seg rusfri.

Navn ble anonymisert i oppgaven. Det hjelper også på anonymiteten at pasientene som er innlagt på avdelingene varierer over tid, og antagelig ikke oppholder seg på samme klinikk på et senere tidspunkt.

Hensyn

De ansvarlige behandlerne fortalte meg at de valgte å fremme forespørselen om intervju mot dem i behandlingen de mente ikke var i en vanskelig periode eller som var tidlig i oppstart på medisinene, som vi har vært inne på tidligere. Det betyr i praksis at jeg kan ha fått et utvalg av

⁴ Nasjonale etiske retningslinjer, gjeldende fra 2006

de mer positive pasientene, de som reagerer godt på medisinene og som ellers er målrettede i sin behandling. Det må tas i betraktning i arbeidet med datamaterialet at disse betingelsene har ligget som en forutsetning for hvem som ble spurt om å dele sine erfaringer av behandling gjennom intervju.

Dette er betingelser jeg måtte forholde meg til, i det jeg samhandlet med avdelinger hvor kun de nærmeste behandlere har kunnskap om de enkelte pasienter, og at de fra deres ansvarsposisjon ikke alltid opplever at det er forsvarlig å la pasientene bli intervjuet.

Det å ha behov for hjelp vil for mange være knyttet til en opplevelse av mislykkethet. I et samfunn som er opptatt av selvrealisering og uavhengighet, vil det i følge Jacobsen og Svendsen-Tune (2002) dermed bli viktig i sosiologi å være oppmerksom denne sensitiviteten, for å unngå å bidra ytterligere til oppfatning av marginalisering og stigmatisering. Mennesker kan befinne seg i marginaliserte posisjoner i lengre eller kortere perioder, og i dette kan vi alle oppleve det å være utsatt. Det å være *utstøtt* derimot, er et partikulært fenomen som omfatter kun noen samfunnsgrupper med noen typer atferd som forstås som avvikende og stigmatisert (2002: s.237).

I følge Jacobsen og Svendsen-Tune er det i samtale med personer i utsatte og utstøtte posisjoner, viktig å balansere spørsmålene mellom to ytterpunkter. Det ene er at en bør unngå sensitive tema som kan fremprovosere vanskelige ubearbeidede opplevelser. Den andre er oversensitivitet, det vil si å unngå å omtale alminnelige temaer, og ta falske hensyn. Det er derfor viktig å forholde seg til disse etiske hensynene på grunn av en asymmetrisk maktfordeling mellom mennesker i intervju, som jeg skal utdype noe senere.

Forutsetningene ut over dette er at de aller fleste innen brukergruppen vil kunne føle seg komfortable i intervjusituasjonen, og er frie nok til å kunne svare på disse spørsmålene, på samme måte som i mange andre samfunnssituasjoner de møter (Etikkom, 2010). De er kompetente personer som kan svare på vegne av sine forståelser og oppfatninger om systemene rundt seg.

Denne oppgaven er basert på flere pasienter som har det felles å være i samme aldersgruppe, samt å være nye i LAR-behandling. Det er et rikt materiale ikke ut fra antallet men på basis av innholdet i hver enkelt historie og innsyn i deres narrativer om sine opplevelser.

3.5 Metode – kvalitativt intervju

Jeg vurderte at datamaterialet gjerne kunne innhentes ved hjelp av kvalitativt dybdeintervju. Det ble tidlig avklart med veiledere at intervju med 4-5 informanter kunne være tilstrekkelig for en slik studie etter enkeltindividers narrativer fra opplevelser i den aktuelle LAR-behandlingen.

Etter en redegjørelse for intervju som metode, skal jeg trekke frem egne opplevelser fra intervjuprosessen. I neste kapittel skal jeg ta for meg gangen i analysen, som har formet temaene som sammen gir noen svar på problemstillingen i denne oppgaven.

3.5.1 Intervjuer for å belyse narrativer

Metoden som ble tatt i bruk for å belyse LAR-pasientenes opplevelser, var kvalitativt dybdeintervju. Det bidrar til å bringe frem de temaene som pasientene selv syntes er viktige. Med kvalitative intervju var jeg på utkikk etter deres narrativer for å løfte frem noen interessante posisjoner ved LAR-pasienters opplevelser av endringsmuligheter.

Jeg bestemte meg for at det ville være fruktbart at empirien var fra direkte kontakt med personer som tilhører den omtalte gruppen, og samlet inn datamaterialet gjennom forskningsintervjuer. Selve intervjuene hadde en semistrukturert form. Det vil si at spørsmålene er klargjort på forhånd, men likevel får en åpen tilnærming, og spørsmålene stilles i den rekkefølge som føles mest naturlig i hver enkelt intervjusituasjon. I stedet for å kun fokusere på de ferdig formulerte spørsmålene, fokuseres det derfor på de temaene som naturlig dukker opp i samtalen og detaljer rundt dem (Berger og Luckmann, 1967). En åpner dermed for at andre tema kan fremtre i intervjusituasjonen, og intensjonen med å strukturere intervjuet på denne måten er å se intervjusamtalen som en arena der temaer som opptar informantene kan komme til uttrykk, og å åpne for at de kan tiltre naturlig i denne settingen.

I intervjuene og analysen brukte jeg en «fortolkende konstruktivistisk tilnærming» til den sosiale virkeligheten, med en intervjumetode som er responsfokusert (Rubin og Rubin: 2005: 20-21). Konstruktivismen ser aktørene som delaktige i å konstruere den forståelsen som fremtrer mellom dem. En klar fordel med denne fremstillingen er at det oppstår en mulighet for å gå inn i temaene med informanten, og skape en ramme for dypere forståelse ved å gå inn i åpen kommunikasjon. Det er dermed en orientering mot at det ikke er én sann mening som kan trekkes ut av situasjonene, men at vi baserer oss på våre fortolkninger av den og unngår å

redusere til én antatt sannhet.

Tilnærmingen jeg bruker er en generell orientering mot datagrunnlaget mitt med de personorienterte intervjuene. Gjennom intervjuene ønsket jeg å få innsyn i informantenes fortellinger fra egne liv og erfaringer fra behandling, og dermed få frem narrativer. Narrativer er det som organiserer menneskelig handling, og de disposisjonene mennesker forklarer sitt liv ut i fra (Presser, 2009). Dette beskriver Geertz gjennom sin forklaring av narrativer som interdisiplinære. Den sammenhengen og konteksten hvorved handlingen foregår, må med i fortellingen, for å skape rike beskrivelser (Geertz, 1983: 9).

3.5.2 Intervjuprosessen

I dette avsnittet vil intervjuplanleggingen være i fokus. Etter en kort redegjørelse for valg jeg tok, vil jeg fokusere på utfordringer og fordeler som kommer med å bruke intervju som metode i samtale med en informantgruppe som denne.

Intervjuer med fokus på narrativer, har tidligere vist seg å ha en varighet på mellom én time og halvannen time (Se Järvinen & Miller, 2010; Vigilant, 2008; Harris & McElrath, 2012).

Det er gjennomsnittlig noe lengre enn en del andre former for kvalitative intervju.

Mine intervju varte gjennomsnittlig 1 ½ time, pluss noe samtale før og etter lydopptaker ble startet. Det ble brukt lydopptaker på de fleste intervju. Fire intervjuer ble gjennomført med lydopptaker og ett ble gjort uten. Implikasjoner ved dette skal tas opp i neste delkapittel.

Da jeg utarbeidet intervjuguiden var jeg inspirert av Rubin og Rubin (2005) sin innsikt i måter å skape en åpen kommunikasjon med informanten, og jeg tok utgangspunkt i Bourdieus kriterier for en god intervjustil. I følge Bourdieu (1999) er det mest vesentlige for et intervju at forskeren har god oversikt over temaet og utfordringer på feltet. Han argumenterte for betydningen av at intervjueren og informant har mest mulig felles erfaring, samtidig som han vektla hvor avgjørende det kan være at det er noe avstand mellom personene for å unngå tattfor-gitte antagelser og for stor grad av felles forståelse. Ut over dette poengterte han at det ikke er noen selvfølge at en person med mye egenerfaring er en god intervjuer, eller at en uten ikke er det. Jeg opplevde at det var en slik balanse i intervjuene mellom informantene og meg selv som intervjuer, fordi vi var nokså like i alder og fordi jeg var interessert i å høre om deres erfaringer og behandlet det som verdifull kunnskap.

Deretter reiste jeg til klinikkene eller avdelingene informantene var tilknyttet, både fordi det

var de stedene de bodde på intervjutidspunktet, og fordi det var områder jeg regnet med at de opplevde som trygge og kjente og dermed ville medvirke til åpenhet rundt intervjusituasjonene.

3.5.3 Intervjuguide

Jeg utviklet en intervjuguide med emner som ble tatt opp i den rekkefølge som syntes naturlig i samtale med hver enkelt informant. En teoretisk forståelse ble utformet ut fra hva som har vist seg fra tidligere forskning å være viktig på fagfeltet, og jeg brukte denne som utgangspunkt for å undersøke de emner jeg anså som relevante for intervjuene. Intervjuguiden ble revidert i samarbeid med veilederens råd for intervju praksis.

Spørsmålsområder som overordnet ble fulgt i guiden var disse 6 emnene:

1. - Varighet i og opplevelse av behandling
2. - Forventninger
3. - Medisin og henterutiner
4. - Kontrollrutiner samt opplevelse av likhet på tvers av situasjoner
5. - Endringer rundt bolig/sysselsetting
6. - Fremtidsmuligheter.

Jeg leste intervjuguiden i flere runder for å internalisere innholdet. Det gjorde det lettere å improvisere rundt emnene, og fokusere på deltagerens opplevelser.

3.5.4 Gjennomføringen i praksis

Jeg forsøkte å ikke stille ledende spørsmål eller påvirke svarene i for stor grad, og ønsket at informantene skulle kunne ta opp det de mente var viktig. Jeg mener dette for det meste fungerte, da tre informanter tok opp momenter de mente påvirket behandlingen deres i sterk positiv og negativ grad. En informant fikk uoppfordret fortalt at det som var negativt for hans behandlingsprosess var det han opplevde som trusler i behandlingen, og en annen uttrykte at han opplevde at rehabiliteringsopplegget var fleksibelt og ble tilrettelagt etter hans behov.

En svakhet ved gjennomføringen, kan ha vært at jeg som hadde lite erfaring med semistrukturert intervju, ikke ventet lenge nok før jeg fortsatte til videre spørsmål og dermed kan ha unngått å få utfyllende svar slik jeg ønsket.

Jeg hadde noen tematiske forskningsspørsmål jeg ønsket å finne noen svar på gjennom å

omforme dem til konkrete intervju spørsmål i et dagligspråk som fremmer spontane svar, slik Kvale og Brinkmann (2010) vektlegger. Jeg la vekt på åpne introduksjonsspørsmål som kunne gi flest muligheter til fullstendige svar, og fortsatte med oppfølgingsspørsmål for å få en videre utdyping innen temaene (2010: 144-147).

3.5.5 Asymmetri i intervju

Bourdieu (1999) vektlegger at intervjusituasjonen er påvirket av en asymmetrisk relasjon. En intervjuer kan nøytralisere denne effekten ved å utøve aktiv og metodologisk lytting (1999: 609). Dette er av betydning fordi formålet med intervju er å løfte frem betydningen av individers erfaringer, og belyse deres opplevelse av sin livssituasjon (Kvale og Brinkmann, 2010).

De asymmetriske maktforholdene ved intervjusituasjonen skal utdypes videre her, da de preger særlig de strukturelle posisjonene ved intervjuet. Her skal kun et par av momentene trekkes frem for å vise betydningen av dette. For det første er selve samtalen en instrumentell dialog. Med dette menes at samtalen i seg selv ikke er målet, men i stedet et middel til beskrivelser av erfaringer og opplevelser. For det andre er intervjuet på noen vis en manipulerende form for samtale fordi det ofte ligger en mindre eksplisitt intensjon bak (2010: 53).

Som Kvale og Brinkmann påpeker videre, kan man òg i en intervjusituasjon spille på en form for makt og posisjoner, fordi disse også opptrer i alminnelige daglige samtaler. Samtidig bør en forsker også ha reflektert over denne maktfaktoren, og påvirkningen den har på intervjuet, intervjueren og informanten.

Det som kan skje i en del intervjusituasjoner, og som skjedde i flere av mine intervju, er en motreaksjon på den asymmetrien som et forskningsintervju er preget av. Måten dette skjedde på, var ved at informantene på et punkt spurte om intensjonen med spørsmålet: 'hvorvidt det fantes noen likhet mellom situasjonen med rehabiliteringen, og utdannings- eller helsesektoren'. At de lurte på intensjonen var ingen overraskelse, da spørsmålet i seg selv var utforskende, relativt åpent og uten forventninger. Det kom til uttrykk noen interessante assosiasjoner og opplevelser av situasjoner som minnet, eller ikke – som vi skal se senere. Disse assosiasjonene og informantenes tolkninger ble interessante innspill som skapte dynamikk i intervjusituasjonene. Noen informanter stilte også spørsmål tilbake til meg i

svarene sine, og jeg valgte å forholde meg til disse rollebyttene i intervjusituasjonene med tanke på å skape dynamikk i posisjonene.

3.5.6 Gyldighet og overførbarhet

Hva kan egentlig trekkes ut av intervjumaterialet, som data om betydningen av LAR-behandlingen og dens påvirkning på de individene som er en del av den? Kan man si noe generelt om denne behandlingens betydning for pasienter etter intervjuer med et fåtall pasienter? Det som er helt klart, er at materialet fra dette utvalget ikke rommer alle opplevelser eller alle måtene behandlingen fungerer for dem. En klar fordel er likevel at semistrukturerte dybdeintervju på leting etter deres narrativer, gir mulighet for å få frem interessante posisjoner ut fra deres konkrete erfaringer. Pasienter som har vært i LAR-behandlingen over lengre tid, har historier om hvordan rehabiliteringen fungerer og er en betydningsfull kilde til informasjon. Dataene som trekkes ut kan gi noen svar på LAR-behandlingens effekt og betydning for en del pasienter i denne situasjonen, som også kan overføres til andre forskningsopplegg.

3.5.7 Fortolkninger i intervju

Det er i kvalitativ metode vektlagt betydningen av å trekke frem direkte sitat, fordi dette er det konkrete datamaterialet en har. Dette vil bli gjort også her. Samtidig vil også det intervjuet som er gjort uten opptaker bli en like vesentlig del av oppgaven, og analysedelen. Det er dermed viktig å reflektere over på hvilken måte de ulike formene for datamateriale påvirket den videre analysen. I de tilfellene der opptaker ikke ble tatt i bruk, hadde de nedskrevne notatene vært gjennom en større grad av min tolkning, fordi jeg som intervjuer kun har egen oppfattelse å bygge materialet på.

Datamaterialet fra intervjuene med opptaker, er ikke helt uten fortolkning. Mennesker kommuniserer ikke kun ved hjelp av språk, men forståelse påvirkes av hvordan det sies, kroppsspråk, bevegelser og blikk. Et eksempel på dette er der en informant som har en dialekt svarer at behandlingen her er 'o.k', men måten det blir sagt på og intensiteten i setningen tilsier at det er ensbetydende med 'veldig bra'. Slike forskjeller i bruk og mening med ord, påvirker forståelsen av hva som ble kommunisert i intervjuet.

Under kvalitative intervju er det stadig mer vanlig å bruke lydopptaker, for å kunne

transkribere ordrett i etterkant av intervjuene. Dette er et godt hjelpemiddel som bevarer informasjonen, som bidrar til at datainnsamleren kan konsentrere seg mer om selve intervjusituasjonen, og mindre om å huske eller skrive ned det som blir kommunisert.

Hvilke konsekvenser kan det få dersom lydopptaker ikke blir mulig å benytte? Det er nødvendigvis en situasjon som krever noe mer med hensyn til utfyllende notater underveis, eller relativt kort tid etter intervjuet. Det har ikke vært uvanlig i tidligere feltarbeid-praksis, at nedskriving av samtaler ble gjort ut fra hukommelse og notater kun på begrenset antall anledninger i feltet. En kommer likevel ikke utenom at et datamateriale som er nedskrevet i etterkant uten hjelp av lydbånd, nødvendigvis får en annen form.

Det ene intervjuet er derfor basert på min hukommelse og allerede delvise tolkning av hva som var innholdet i det som ble sagt. I anledningen bød det seg mulighet til å skrive ned så mye som mulig av det som fremkom i samtalen rett etter at den var avsluttet. Det bidro til at jeg kunne skrive ned uten for mye innblanding av tolkning på dette stadiet. Etter kun en time var det merkbart at jeg ikke lengre kunne basere meg på slik hukommelse, og resten måtte skrives som feltnotater.

Det kan være flere grunner til at opptaker ikke kan tas i bruk. I dette tilfellet var det hensynet til informantene som styrte muligheten for dette. Tidligere rusmiddelavhengige har i større grad enn mange andre individ, lært seg en skepsis til andres intensjoner med sine ønsker, og de har ofte større grunn til å frykte konsekvenser dersom lydopptak skulle bli brukt mot dem (eksempelvis ved innrømmelser om kjøp/salg av narkotiske stoffer). I den type miljø som mange av informantene har kjennskap til, er det en viktig egenskap å være skeptisk, og sette spørsmålsteget ved andres agenda.

Det er også blitt klart at informanten selv ikke har en eneste fordel av at samtalen tas opp på lydbånd, fremfor om samtalen ikke blir det. Det at informantene valgte å være med å fortelle om sine erfaringer med behandling, anså jeg som viktigere å prioritere over de konkrete fordelene med lydopptak.

Et aspekt som kan være viktig å huske på, er at noen av opplevelsene til informantene var fra behandlingssituasjoner fra før de startet LAR-behandling, og det betyr at noen av erfaringene de forteller om ikke er fra LAR, men fra behandlingsapparatet generelt.

Ved hjelp av denne intervjumetoden, har jeg fått et datamateriale som presenterer noen interessante posisjoner fra noen pasienters opplevelser av LAR-behandling.

4 Den metodiske analyseprosessen

Med 42 sider transkribert og nedskrevet materiale, begynte jeg å lese gjennom og kategorisere datamaterialet etter samsvar og variasjoner i emnene. Jeg tok utgangspunkt i dataene under analysen, og fant kategorier i materialet jeg hadde fra samtale med informantene. Fra kategoriene, fant jeg noen hovedtemaer som jeg har forsøkt å forstå i lys av et teoretisk rammeverk. Ut fra dette ønsket jeg å belyse noen sider ved problemstillingen om hvilken funksjon LAR-behandling har i livene til de unge pasientene.

4.1 Stegene i analyseprosessen:

Jeg tok for meg det transkriberte materialet samt det intervjuet som var nedskrevet som feltnotat. På basis av de emnene jeg hadde i intervjuguiden, var det noen fellesnevnerer jeg hadde fått informasjon om. I tillegg hadde jeg vært opptatt av å fokusere mest på de temaene informantene tok opp, og på den måten hadde jeg data utover de 6 spørsmålsområdene fra intervjuguiden. Da jeg hadde skilt ut det de fortalte om erfaringer ved behandling som samtaler, medisiner, kontroller og henterutiner, bolig og fremtidsmål, så jeg et felles tema: Endringsmuligheter ved hvordan de så seg selv i denne behandlingen, relasjonene til behandlerne, samt hvilke endringer de allerede hadde gjort og hvilke muligheter de opplevde å ha på grunn av dette.

Jeg kodet intervjuene ved å skille ut tema basert på materialet for å kunne identifisere innholdet lettere i etterkant. Koding er et sentralt begrep fra erfaringsbasert teoriskaping – grounded theory med Glaser og Strauss på 60-tallet. Åpen koding som jeg har gjennomført innebærer sammenligning, begrepsliggjøring og å dele inn data i temaer i dataanalysen. Dette gjorde jeg med fokus på å utvikle induktiv teori, hvor teorien er hentet ut fra det empiriske materialet (Kvale og Brinkmann, 2010: 209-210). Jeg kodet først og fremst betydninger i informantenes utsagn, rammene de opplevde i behandling, og mulige deltagelsesnivåer.

Med dette ønsker jeg også å poengtere at å analysere ett innhold på basis av informanternes utsagn og knytte et budskap til dette er, som Bourdieu uttrykker (1999) en av flere forståelser, og leseren kan med fordel gjøre seg opp egne meninger og fortolkninger av materialet som trekkes frem. Hensikten med å fremstille materialet på denne måten, er å orientere leserens oppmerksomhet mot sosiologisk interessante trekk som kan være av betydning for å forstå opplevelsen disse pasientene har av rehabiliteringssituasjonen de er i.

4.2 Justeringer underveis

Under kodingsarbeidet fant jeg ut at de 6 spørsmålsområdene jeg hadde tatt utgangspunkt i ikke var like relevante for den videre analysen. Jeg analyserte dermed datamaterialet på leting etter det informantene fortalte om det som påvirket endringsmulighetene deres. Fra dette konstruerte jeg dermed 4 temaer for hvordan dette fremkom, som er de kategoriene jeg bruker videre i oppgaven. Det innebar videre endringsmuligheter i behandling med samtaler og medisiner, begrensning/mulighet for endring på egne premisser, betydning av brukermedvirkning for å skape muligheter, og kontroll som en del av endringen.

Jeg oppdaget også etter de første intervjuene at det var nyttig å endre fokuset for spørsmålsområde 1 og 2 for å få noen klarere svar på betydningen av medvirkning for handlingsmuligheter.

Narrativer har fokus på historiene som fortelles i løper av et intervju. Hensikten er å løfte en struktur ut av dette. På den måten kan man identifisere handlingene som gir fortellingene struktur (Kvale og Brinkmann, 2010: 229-231).

Med analysen av dataene ønsket jeg å få noen svar på problemstillingen med underspørsmålene, og fra dette finne se hvordan teoretiske analyseverktøy kan sette deres opplevelser inn i et samfunnsperspektiv. Fra deres narrativer av livsendring før og i LAR-behandling kunne jeg få en dypere innsikt i deres opplevelse av hva som eksempelvis åpner eller begrenser for videre endringsmuligheter.

5 Pasienters mulighet for endring i LAR-behandling

Det jeg vil ta opp i dette kapittelet er hvordan pasientene hadde bestemt seg for å skape en endring og gjorde dette ved å oppsøke nye situasjoner, som å søke LAR-behandling.

Fra datamaterialet har jeg informasjon om det de fire informantene Jarle⁵, Kjell, Max og Kris åpent fortalte om opplevelser av behandling og rehabilitering, og sine erfaringer av utfordringer underveis.

Jeg skal trekke inn temaer som er gjennomgående i intervjusamtalene. I dette kapittelet skal jeg starte med å undersøke 'Spørsmål I' gjennom det første temaet om hvilke opplevelser informantene har av behandling, og hvordan det kan knyttes opp mot deres endringsprosess. Det skal overordnet ses i lys av min forståelse av at de bruker LAR-behandling som en plattform for endringene de opplever, og gjennom at det strukturelt sett er en rehabilitering som innebærer noen fastlagte endringsmål som; avvenning av rusbruk, fast medisin, og tilrettelegging av livsstrukturer rundt pasienten.

I Tema 2 skal jeg derfor se på hvorvidt denne rehabiliteringsstrukturen med medisiner fungerer som en plattform for endring og handlingsmuligheter, i tråd med Spørsmål II. Fordi en konkret side ved endringene er valget om å slutte med ulovlig rusmiddelbruk, skal jeg i korte trekk ta opp noen endringer de har opplevd med dette valget.

For informantene er LAR en arena for behandling, medisiner, og ofte samtaler. For noen er det inngangsporten til egen bolig. I tillegg har alle informantene erfaringer av at LAR innebærer kontrollrutiner; noen de anså som nyttige og andre rutiner de opplevde som unødvendige. Disse temaene skal utdypes og knyttes opp mot deres opplevelse av endring i livet, samt hvorvidt de erfarer at de har mulighet til å medvirke i den behandlingen de har valgt å gå inn i; for å få hjelp til endring. Deretter skal jeg med utgangspunkt i analysen, se på relevansen av begrepene endring av habitus hos Bourdieu (1999), og Giddens vektlegging av handlingsmuligheter, for de opplevelsene informantene har av rehabiliteringsprosessen.

⁵ Navnene er anonymisert

5.1 Når LAR-behandling blir middel til endring

Her i Tema 1 presenteres spørsmålet om informantenes første forventninger og forhåpninger til LAR-behandling som en arena for hjelp til endringen videre. De hadde i forkant av å søke LAR-behandling bestemt seg for å endre vanene; som å slutte å bruke heroin og sterke rusmiddelstoffer og ønsket å etablere nye handlingsmønstre.

Informantene er gjennom en livsendring, og den strukturelle endringen opplever de å ha fått mulighet til å gjøre i en ny situasjon som LAR-behandling. De forteller om grunnene til at de vurderte denne behandlingen, og erfaringer av hva rehabiliteringen går ut på.

Videre endring i LAR-behandling

Hvorfor LAR?

«Jeg så på LAR som en hjelp som, jeg tror jeg trengte på det tidspunktet. Som, noe som kunne hjelpe meg til å ikke ha disse sinnsyke abstinensdagene liksom. (...) jeg får andre tanker enn å tenke at jeg ville ha rus hele tiden.»

Han sier videre: *«Jeg viste jo at det var, at du fikk liksom litt flere goder, eller mer sånn i forhold til, ja jeg visst jo at du fikk hjelp når du var i LAR, at du fikk litt ekstra hjelp. Men jeg visst liksom ikke så veldig mye egentlig. (...) Jeg bare tenkte att jeg ville, jeg har ADHD da, så jeg har gått på sånn andre sterke medikamenter før ikke sant, ritalin, concerta og stratega og sånn. Det var liksom ikke noe nytt for meg da, å begynne på noe sterke medisiner på en måte. Eller jeg kunne tenkt meg å prøve det også liksom.»*

Informanten forteller at det ikke var noen stor endring å skulle ta sterke medisiner. Medisiner hadde han fått før, og han kunne prøve det igjen. Det som var nytt for han var rehabilitering som et koordinert tilbud, og han hadde forhåpninger til at det kunne hjelpe han å gjennomføre den endringen han hadde startet.

På spørsmål om hvorfor han tenkte han ble tatt opp i LAR-behandling svarte en av informantene: *«Nei, det de sier er i hvert fall att de måtte gjøre ett eller annet, for de var veldig sikre på at jeg ikke kom til å bli så jævla gammel.»* *«(...) for at på slutten som de sier, så måtte de bare sørge for at jeg fikk litt metadon her og litt metadon der liksom. Fordi bare telte dager til det ikke var igjen noe mer liksom. (...) Ja var innom et LAR-kontor også på apoteket, bare de fikk bekreftelse på at jeg levde hvert fall.»*

Jarle forteller at overgangen før han kom inn i rehabilitering ikke opplevdes som noen

endring med tanke på slik han hadde det som rusmiddelbruker. Han opplevde muligens at verken han eller behandlerne rundt han hadde noen kontroll i situasjonen, og endringene skjedde ikke før noe senere.

Informantenes forhold til strukturelt organisert rehabilitering

Et aspekt ved uttalelsene fra intervjuene, var deres ambivalens i tillit til behandlingen. På den ene siden var det to som sa tydelig at den eneste veien de så mot endring og mer kontroll over eget liv, var uten innblanding fra rehabiliteringstiltaket. Det kan ha vært motstand mot at deres prosess mot endring, skulle overlates fullstendig til LAR-tiltaket. Hvis de opplever at det er de som er grunnen til sin endring, så bruker de muligens LAR mest som en hjelp i den første fasen.

På den annen side kom det til uttrykk et narrativ om at de opplevde å ta LAR-behandlingen seriøst enn andre pasienter. De mente at behandlingen var det første steget mot å få avstand til det livet i rusavhengighet de hadde levd i. De fulgte dermed reglene fra utdelingsstedet slik de er skissert i retningslinjen, om å unngå bruk av sterke rusmidler ved siden av medisinen. De sa også at de ikke misbrukte tilliten ved å selge stoffet videre, som de sa at de oppfattet som uetisk og som et misbruk av det LAR-behandling er ment å være.

Ved den måten de fortalte om sine holdninger til rehabiliteringen de nå var i, virket det som de opplevde at de skilte seg ut ved å ta behandlingen seriøst og forholde seg til reglene. De ønsket å bruke denne rehabilitering for å få til en endring i livet, og opplevde at andre ikke var like målbevisste. Jeg oppfattet det slik at det å skille seg ut fungerte som en ekstra motivasjon for dem.

Tre informanter ønsket å bli lagt inn til behandling, fordi de visste med seg selv at de hadde vanskelig for å klare overgangene alene:

«Jeg hater å være dårlig det er ikke noe å legge under en stol. Det er det verste jeg vet; abstinenser. Det for meg altså, det går ikke an å leve med, da gjør jeg noe med det.»

«Men, også er det det der at for noen, det har vært sånn for meg at, den første perioden er vanskeligst liksom. Noen syntes det er vanskeligst å stå i det, andre syntes det er vanskeligst i starten ikke sant, det er veldig forskjellig, og jeg har aldri takla starten da. Så for min del så var det best å bli lagt inn.»

Jarle forteller om sin erfaring med behandling:

«Jeg har prøvd jævlig mange ganger men jeg klarer faen meg ikke det første start greiene asså, det skjærer seg hver gang, for jeg har vært på en del behandlingssteder og, fått plass

fort her, og plass fort der (...) jeg kan faktisk ikke klage på det opplegget de har hatt rundt meg da, for de har prøvd alt de kan. Det er mere jeg».

Informantene fikk ikke til endringene de ønsket på egenhånd, i starten. De trengte begrensninger på muligheter til å bevege seg fritt ute hver gang de kunne tenke seg det. De opplevde at hvis de fikk tilvenne seg medisinen mens de var på en avdeling, så var overgangen mer overkommelig.

Også Kjell sier noe om denne overgangen: «(...) så det er mitt verste mareritt nå, å gå tilbake til der jeg var.» Han opplevde at han hadde fått en så stor endring i livet at dersom han ble tatt ut av LAR nå, så var det lett å miste kontrollen og gå tilbake i gamle rutiner og handlingsmønster med rus.

En annen grunn til at informantene ønsket rehabilitering, er det Max og Jarle forteller om. Det handler om frykten for å begynne med sterke rusmidler igjen. Jarle sier:

«Sånn, jeg er livredd for, jeg er ikke redd for å ruse meg, men jeg er livredd for å gjøre det; for at jeg skal gjøre det. For da vet jeg at ...»

Han slutter brått i setningen i intervjuet. Han sier at han er redd for å «sprekke» igjen, det vil si, falle for fristelsen og ta rusmidler, for da vet han med seg selv at han mister kontrollen og at fremgangen han har oppnådd så langt er tapt. Begge sier selv at de denne gangen ville gå inn 100 % og forsøke å bli «ren» fra rusmidler, og om de mister kontroll og tar rusmidler igjen, så blir det vanskelig å motivere seg neste gang. De opplever at det har vært en endring i innstillingen de har til rusbruk:

«Ja selvfølgelig, for meg og er det jo sånn at det frister, men jeg veit så mange bakdeler med det nå, at det bare går ikke.»

Informantene har valgt å søke LAR-behandling på et tidspunkt i livet der de er i gang med en endring, og tok overgangen med å slutte med rusmidler og begynne på medisiner ved å legge seg inn til behandling.

5.1.1 Bourdieu og endring av habitus

I det videre skal Bourdieus teori om habitusendring trekkes inn, for å se hvorvidt hans teori om endring av habitus kan stemme overens med hvordan flere unge LAR-pasienter opplever brudd med tidligere vaner og endring av handlingsmønster i sitt liv og gjennom behandling.

Hvordan kan vi med Bourdieus begreper beskrive hvordan en endring av habitus kan skje? Først må en finne ut hvordan endringer i innlært habitus kan forekomme.

Alle aktører er utstyrt med en habitus, definert som tidligere erfaringer som er innskrevet i kroppen. I habitusbegrepet forstås aktøren som generert og samlet gjennom tids- og stedsbestemte erfaringer, og evnen til å konstruere virkeligheten ligger i kroppen som er sosialt konstruert (Bourdieu, 1999: 142). Handling er dermed ikke drevet av ren spontanitet og kreativitet, men baserer seg på tidligere innlært praksis som legger føringer på handling.

Doxa er tatt-for-gitte forestillinger vi har om samfunnet ut fra de samfunnsposisjonene vi innehar. Hver aktør har praktisk kroppslig kunnskap om sin posisjon i det sosiale rom, og tilsvarende handlemåter som vedlikeholder den (1999: 192-193). Ved hjelp av en krise, kan en avsløre den grunnleggende verden som har vært tilslørt (1999: 196). For å løsrive seg fra doxas tause selvfølgelighet, forutsettes redskaper for å uttrykke seg «mot den vilkårlighet den er under» (Bourdieu: 197).

Hvordan kan en da oppnå å reaktivere disposisjonene som fra før er plassert i kroppen? Haeresis, som omhandler valg, åpner opp for muligheter for endring. Grunnen til at endringsmuligheter likevel er vanskelig, er fordi ortodoksien (slik som en diskurs) opprettholder den sosiale orden ved å lukke andre mulige veier (Bourdieu, 1999: 243-244). Likevel kan det i denne glipen, skapes en frihetsmargin, en mulighet for endringer fra det kjente og selvfølgelige.

Han bruker Josef K. i Kafkas bok «Prosesen», som et eksempel på at den skjebne som hviler over han, også hviler over alle dominerte mennesker som er tvunget til å vente på andres avgjørelser, når det gjelder viktige beslutninger. Det er som en arvesynd uten opprinnelse, akkurat som stigma, og Bourdieu fremhever hvordan spørsmålet omhandler retten til «å føle seg berettiget til å eksistere slik det eksisterer» (1999: 246). Det er et sosiologisk spørsmål som i stor grad gjelder den gruppen tidligere rusbrukere som her er i fokus. Det tar opp problemstillingen om på hvilke måter vi i samfunnet legger betingelser for sosialt akseptert atferd. Med Bourdieus ord: legger en berettigelse for deres eksistens. Det orienterer ambisjonene mot «mål som er mer forenlige med de mulighetene som er innskrevet i posisjonen man innehar» (1999: 224-226).

Det som må til for å skape endring i selve eksistensbetingelsene våre, er en utløsermekanisme som gjør oss i stand til å godkjenne et diffust ubehag ved å trosse kroppslig innlærte handlingsmønstre, og utfordre vår opplevelse av uoverensstemmelse med vår opprinnelige forståelse av verden. Bourdieu vektla hvordan habitusformene da ikke er

fullstendig statiske men endrer seg på basis av erfaringer, men kun gradvis og innenfor rammen av tidligere opplevelser (Prieur, 2002a: 5). Det betyr med andre ord, at forandring i atferds-repertoaret etter denne oppfattelsen av virkeligheten, finnes tilgjengelig for det enkelte individ som gjennomgår livsendring.

Det var ikke en enkel avgjørelse for informantene å starte LAR-behandling midt i prosessen etter beslutningen om at de ønsket endring, selv om de også visste at de ønsket hjelp av LAR i en overgangsfase. Dette skal jeg ta opp i det neste delkapittelet. Fordi de sosiale rammene rundt oss former vår habitus, vil det være av betydning å trekke frem på hvilke måter de ønsket å endre handlingsmønstrene sine for å passe inn i nye sosiale situasjoner, slik som relasjoner i arbeids- og utdanningssammenheng, og i familieliv.

Først skal jeg trekke frem noen aspekt informantene har opplevd som begrensninger på endringsprosessen.

5.1.2 Ambivalens: selvbilde og stigma

Max fortalte at han var ambivalent med tanke på å skulle inn i LAR. Han opplevde at hvis han startet slik behandling, betydde det at han hadde et problem, var avhengig og hadde mistet kontroll over rusbruken. Det var en selvforståelse han opplevde som et negativt stigma, og ikke var komfortabel med.

Informantene i mitt utvalg stigmatiserte stoffene og bruken av stoffene i større grad nå som de var på vei ut av det, men det medførte også slik jeg tolket det, en sterkere stigmatisering av seg selv slik de hadde vært. Lillebuen (2005) beskriver hvordan hun også fant at hennes informanter stigmatiserte rusmiddelbruken sin mer etter at de startet medikament-behandling (1992: 6). Denne stigmatiseringen av rusbruk og det livet de hadde levd tidligere kan være noe av bakgrunnen for det dårlige selvbildet flere av informantene snakket om.

Det var tydelig at flere av informantene strevde med opplevelsen av hvem de var nå og hvem de hadde vært, og Max fortalte at han hadde et dårlig selvilde av den grunn. Jarle er glad for at han fortsatt har helsen noenlunde i behold, og at utseende hans ikke helt enda avslører hans tidligere tunge bruk av rusmidler: *«Når det gjelder selvtillit og alt sånn, så er det jævla viktig at en ser ordentlig ut da»*.

Som Jarle sier, ønsker han å unngå at andre får vite at de har hatt et bruk av sterke rusmidler. Han opplever at et ruspreget utseende kan begrense mulighetene han ønsker for endring.

I samtaler om selvbylde, var det flere informanter som snakket om stigmatisering. Det at de mente de ble behandlet annerledes dersom andre fant ut at de hadde hatt et tungt stoffbruk.

«Så narkomane blir for så vidt behandla som andre grads, altså det er som å gå i Nazi-tyskland og være jøde liksom, rett og slett.

- «Som en sånn utestengt gruppe?»

«Ja, ja uten tvil. Og det er utenfra vanlig folk og fra myndighetene, og det er alt fra sykehuset, til Lar (...) eller brannvesenet eller foreldre eller jobb eller barn eller altså alt. (...) alt blir liksom tvil-lagt hvis det for eksempel kommer ut at du har hatt et rusproblem da».

I sitatet over sier Kjell at han opplever at stigmatiseringen kommer fra samfunnet, fordi han opplever at personer med et tidligere rusproblem blir sett ned på og at dette stigmaet følger han selv om han nå er LAR-pasient. Det kan blant annet bety at flere pasienter opplever at de ikke får til den endringsprosessen de ønsker, fordi de av samfunnet på noen måter fortsatt blir forstått som først og fremst ‘tidligere stoffbrukere’.

En annen informant Jarle, pekte på den samme problemstillingen, men fra en annen synsvinkel:

«[Han har] vært nykter i 10 år, men ser fortsatt ut som han har hold på som verst i gata liksom, og det kan jeg tro at er jævlig kjipt da. Det er mange som dømmer på forhånd ikke sant, og det skjønner jeg jævlig godt.»

Jarle forteller at han forstår at folk har fordommer til folk som bruker narkotiske stoffer, fordi han opplever at han også dømmer andre som han vet har gjort ting han ikke godtar.

Det jeg ser som mer problematisk er hvordan det – også i rollen som LAR-pasient, virker som stigmaet følger pasienten videre for eksempel som søker på boligmarkedet:

«(...) Jeg har ikke akkurat sagt jeg er i LAR, men ikke sant, jeg føler at det egentlig er et problem».

Kris og Max fryktet også at de automatisk ville bli ekskludert hvis det ble kjent at de var i en slik substitusjonsbehandling. De mente også at de møtte tilsvarende negative holdninger fra arbeidsmarkedet. Informantene opplever at disse arenaene har makt og kontroll til å stoppe prosessen de er i. Så selv om de personlig har hatt en endring fra å ha vært rusmiddelbrukere til å bli tidligere rusmiddelbrukere, har de en opplevelse av at de ikke får til de endringene de ønsker på grunn av andres og egen stigmatisering av hvem de har vært.

5.1.3 Goffmans form for stigma

Disse opplevelsene av å bærer et stigma som tidligere stoffbruker, påvirker hvilke muligheter informantene opplever å ha. Goffman skriver at personer som føler seg avviksstempelet, vil ha lært seg å tre inn og ut av en stigmatisert posisjon. Med disse posisjonene (som normal og stigmatisert) mente ikke Goffman definerte personligheter, men i stedet kjennetegn ved menneskers attributter, slik som synlige «egenskaper» (Goffman 1963: 12).

Når en person nedvurderes på bakgrunn av en egenskap, kalles dette et stigma, men Goffman poengterer at et stigma i utgangspunktet ikke har verken negativ eller positiv verdi. Den får denne negative betydningen i kombinasjonen mellom egenskapen i seg selv og samfunnets stereotypiske klassifisering av den (Goffman: 13-14). Personen er dermed stigmatisert på basis av den negative verdien som leses inn i egenskapen.

Teoriene hans utfordrer på en fin måte, de skillene vi konstruerer i hverdagsspråket, som «dem» og «oss». Goffmans teorier om stigma er benyttet i denne oppgaven fordi han selv gjorde studier av pasienter på sykehus på slutten av 1950-tallet. Han tok utgangspunkt i denne gruppen videre i analysene sine, og hvordan pasientene opplevde uønskede tillagte egenskaper.

5.1.4 Begrensninger på grunn av tillagte egenskaper

Informantene hadde også en opplevelse som overrasket meg, av at måten de ble oppfattet på som unge kunne være til ulempe for dem: *«Det er sikkert mange som skulle fått LAR-medikamenter, men som ikke får det fordi de ikke har dokumentert langt nok rusmisbruk. (...) men det er ganske mange som har vært tunge rusmisbrukere likevel ikke sant.»*

De hadde en opplevelse av at de hadde blitt nektet medisinsk hjelp tidligere fordi de hadde et ungt, relativt friskt utseende, og ikke bar preg av et langvarig rusproblem. De ble sett som friske selv om de sa at de hadde et problem, fordi utseende deres ikke avslørte på hvilken måte de opplevde at de hadde mistet kontroll over livene sine på grunn av rusmiddelbruken.

Stigma-oppfatninger kan utarte seg på ulike arenaer, som vi har sett ved sitatene. På noen arenaer som LAR-sentrene opplevde informantene at deres rusmiddelproblem ble redusert til ikke alvorlig nok, og på boligmarkedet opplevde de at deres rusmiddelbakgrunn ble overdrevet som et problem; i begge tilfellene førte det til at de opplevde seg ekskludert på basis av andres antagelser.

Alle informantene fortalte om hvordan de i noen nye situasjoner opplevde begrensninger på endring og handlingsmuligheter, som mangel på muligheter med arbeid og bolig. Dette skal vi se på i kapittel 7. Her skal jeg ta opp betydningen av LAR-behandling i denne endringsprosessen og for videre endring av habitus

5.2 Samtaler & medisiner som mulighet for endring

For å få en endring vekk fra et liv sentrert rundt rus, tok informantene et oppgjør med dette stigmatiserte kjennetegnet ved å slutte med rusmidler, og starte en rehabiliteringsprosess med medisiner og oppfølgingssamtaler. Dette er to viktige sider ved LAR-behandlingen som kan muliggjøre endring.

Her skal jeg ta opp Spørsmål II om hvilke erfaringer de yngste i behandling har av muligheter for endring på egne premisser. Etter neste kapittel om konkrete endringsopplevelser vil jeg se på det andre leddet i spørsmålet; opplever de at noe legger begrensninger for endring?

Hvilke handlingsmuligheter informantene opplever å ha, er avgjørende for hvilke muligheter de har for endring i livene sine. Jeg vil aktualisere Giddens aktør-teori, for å diskutere individers handlingsmuligheter.

5.2.1 Opplevelse av endringsmuligheter ved samtaler

Betydningen samtalene i LAR-behandling har hatt for endringen, kom tydelig frem i intervjuet med Kjell:

«Bare det å gå til [NN⁶] å få snakket med noen, det føles som å gå rundt med jævla mye bekymringer, men når du er hos henne. Ikke bare er hun pen for øynene men altså, henne er snill, er engasjert, henne bryr seg, og er veldig allright å kommunisere med. Så at der kan jeg slappe av, senke skuldra, de tinga som jeg ikke kan snakke med mora mi eller sånt om tar jeg selyfølgelig opp her».

- Intervjuer: *«Så de samtalene for deg er like viktige, ved siden av medisinerne?»*

«Jaja, ja det er jo essensielt. Hvis ikke, altså, jeg ville heller ha droppa medisinerne og fortsatt å gå her. Det hadde heller gitt, vært mer forebyggende for tilbakefall enn å slutte med subutex».

⁶ LAR-Konsulentens navn

Endringen for Kjell er at han på dette tidspunktet kan se for seg å slutte med medisiner, hvis han fortsetter med samtaler. Det kan ha betydning at han nå hadde vært i substitusjonsbehandling i flere år, og hadde lengre erfaring på kroppens reaksjoner med og uten medisiner. I tillegg var planen hans å slutte med medisiner etter hvert, og tanken om å være helt uten dem var kanskje ikke så veldig langt unna.

Ansvarsgruppemøter; hvor partene fra hjelpetiltakene rundt pasienten møtes for å samarbeide om å tilrettelegge for brukeren, ble også trukket frem som betydningsfulle. *«Ja for at [NN] kan komme med alt i fra råd, til henvisninger, altså jeg har vært veldig heldig når det kommer til saksbehandlere, for jeg har fått saksbehandlere som bryr seg. Og sånn som, hvis for eksempel pengene mine er én dag forsinka, så kan jeg ringe til én person også blir det ordna [knipser] sånn [...]. For jeg kjenner så mange som har så dårlig saksbehandlere, folk som ikke bryr seg og sånt som det».*

Stabile samarbeidspartnere rundt seg, blir også beskrevet som avgjørende: *«For at, men det jeg frykta mest når jeg flytta (...) det var å bytte Nav konsulent. Mens Nav – lar meg få beholde [konsulenten]».*

Kjell opplevde å ha behandlere som involverer seg i hans prosess. Han mener at det som er bra i denne situasjonen, er at han har et godt nettverk av behandlere rundt seg og at utfordringer som oppstår underveis blir ordnet opp i. Det mener han har vært viktig for endringsmulighetene hans.

Jarle, har et annet syn på hva som har vært mest viktig av samtalens og medisins betydning i LAR-behandlingen:

«Jeg har jo hatt noen samtaler og, men for meg, når de sier LAR så tenker jeg medisiner. (...) Og det tror jeg det er for mange andre òg. (...) Jeg føler at for min del, så dreier det seg om å bevare metadonen».

Informanten opplever, som jeg var inne på i introduksjonen, at det er for mye fokus på medisinen i rehabiliteringen og at det går på bekostning av det han trenger i endringsprosessen: *«‘Vi må snakke om medisinen din’. Det er liksom eneste gangen du hører fra dem. Aldri noe sånn: ‘Ja det går bra eller’?»*

«Nå har jeg fått en [lege] jeg er litt usikker på, (...) en som tenker mer på hva som skjer med kroppen (...) og ikke så mye med hva som skjer oppi hodet mitt da. For det spiller ingen rolle om kroppen er bra eller dårlig så lenge huet, hvis ikke huet fungerer.»

Disse utsagnene, bragte med seg en ny side av spørsmålet om forholdet mellom samtaler og

medisiner. Det er ikke nødvendigvis slik at alle pasientene har utbytte av samtaler. Samtidig vektlegger de som opplever LAR som medisiner, at behandling som kun fokuserer på medisiner begrenser endringsprosessen fordi overgangen til LAR-behandling krever en omstilling både for hode og for kroppen. Noen trenger samtaler slik Kjell nevner, mens andre trenger at behandlerne tar en interesse i deres prosess for å takle utfordringene i følge Jarle, Kris og Max.

Jarle opplever at det er noe som mangler i LAR-rehabiliteringen: *«At de setter seg inn i pasienten litt mer da (...). Jeg føler vel at kanskje LAR andre steder i Norge har litt mer, er litt mer flinke til det. LAR[by] er det liksom så mange. Helse sørvest er så mye. Så jeg føler at 'de har aldri tid', eller de aldri svarer (...) Det blir litt for mange ja, også blir liksom ikke den enkelte fulgt opp på andre ting enn att (...) 'vi må snakke om medisinen din'.»*

5.2.2 Giddens begrep om handlingsmuligheter

Som bakgrunn for forståelsen av individene bak pasientene, og deres «handlingsmuligheter» i behandling, kan vi se på Giddens aktør-begrep. I følge ham, er aktøren en meningsskapende agent. Aktøren kan ta sine egne frie og selvstendige valg, samtidig som en påvirkes av strukturenes handlingsrammer (Giddens, 1984). Refleksive handlinger aktiveres hver dag og er et produkt av relasjonene mellom aktøren og andre i omgivelsene, samt forventningene mellom dem (1984: 5).

Det er ingen selvfølge at aktøren føler at valgene er frie og selvstendige, og i møte med deres omgivelser kan strukturene virke styrende. Dette momentet med ens evne til frie valg kan agency illustrere. Agency er den intensjonsstyrte handlingsevne. Den innebærer personens kapasitet, og makt til å skape endring. Denne makten kommer til uttrykk både gjennom aktørers handlingsevne, og gjennom maktstrukturene i institusjonene.

Agency kan i sammenheng med informantene, betegne både deres egen innsats og hvorvidt muligheter legges til rette for at de får ta aktivt del i sin bedringsprosess og behandling. Som vi så i forrige kapittel, hadde informantene erfaringer med sin egen handlingsevne.

«(...) når man har et rusproblem, så skammer du deg som regel over det da.

- «Men (...) hvis det gikk såpass lang tid, kunne du latt være å nevne det, at det ble så perifert?

«Nei, jeg kunne aldri holdt det tilbake for noen. (...) Det er ærlighetskomplekset.

- «Ja. Men føler du at det er så langt bak at det kunne vært et annet liv på en måte?
«Ja, det gjør jeg. Men selv om det skjedde for 20 år siden, så skjedde det jo. Og hvis jeg ikke føler noen grunn til å skamme meg over det, så er det for så vidt min mening som tells».

Informanten fortalte at han hadde hatt et oppgjør med seg selv som rusmiddelbruker. Han fortalte om endringsprosessene han hadde opplevd, og hvordan han som aktør i eget liv hadde fått kontroll over sine valg. I det videre skal dette knyttes opp mot informantenes handlingsmuligheter i egen behandling, men først skal vi se på noen momenter som informantene opplevde som fremmede og begrensende for hvilke handlingsmuligheter de har.

5.2.3 Handlingsmuligheter i medisinsituasjoner

Å gå på medisiner, kan gi pasientene følelsen av et «normalt» liv, som kontrast til livet sentrert rundt stoffbruk. De er i en prosess med endring hvor de må lære seg nye måter å samhandle med andre i en lovlig kontekst. De er ikke lengre stoffbrukere, men heller ikke helt vanlige samfunnsborgere (Gryt, 2005: 8). Informantene mente at å få tilgang på disse medisinene kan gi pasienter handlingsmuligheter de ikke opplevde å ha tidligere i livene sine. Aspekt ved disse opplevelsen er det jeg skal belyse videre her i Tema 2.

Jeg vil løfte frem det Max, Jarle, Kris og Kjell fortalte om sine inntrykk av forskjellen mellom medisinene, ekstra medisiner, og hvordan de ulike situasjonene påvirket deres handlingsmuligheter.

Informantene opplever forskjellige handlingsmuligheter ved de ulike medisinene. De fortalte om deres opplevelser av medisinen de har fått på LAR. I utgangspunktet står det mellom buprenorfin (subutex og suboxone) eller metadon. Én informant erfarte at metadon fungerer for han, mens de tre andre forteller at buprenorfin er det eneste de vurderer å bruke.

Jarle opplevde at han fikk overskudd nok til å orientere seg om det han ønsket og sine muligheter etter at han fikk utdelt metadon gjennom LAR:

«Jeg klarte det aldri med subutex, det er først nå som jeg har fått metadon at det egentlig har gått greit.»

- «Ja, du har funnet det som funker for deg»

«Ja faktisk så er det det.»

De andre informantene oppfattet at de ville bli for slitne av metadon, og ønsket å kunne

klare seg med buprenorfin som subutex. Med subutex opplevde de at russegut ble mindre og at de fikk overskudd til å bruke de mulighetene de hadde, og gjøre noe i livet.

Av de tre som brukte buprenorfin var to informanter tydelige på at de ikke ville ha medisin gjennom LAR hvis de fikk metadon, mens den tredje hadde opplevd at han ikke hadde den kontrollen han ønsket med buprenorfin likevel og var ikke like bestemt med tanke på medikamentene. Den ene opplevelsen som varierte av de tre, skal trekkes frem her som eksempel på hvordan medisinene bringer med seg forskjellige positive og negative aspekter av handlingsmuligheter.

Kris fortalte at han hadde lyst til å gå på subutex, men fordi han hadde mye angst og strevde med det i medisinhenstesituasjonene så vurderte han å gå over til metadon i stedet. Han var redd for at han ville komme til å bli gående på metadon fordi det er vanskeligere for kroppen å venne seg av hadde han hørt, og var glad for at abstinensene som forsterket angsten avtok en del etter hvert så han selv slapp å begynne på metadon. Informanten ville ikke begynne på metadon hvis det ikke føltes absolutt nødvendig.

Også James Bowen (2005); forfatter og tidligere stoffbruker som er nevnt tidligere i oppgaven, beskriver overgangen han opplevde med å gå fra metadon til subutex: «(...) fikk [subutex] meg faktisk til å føle meg veldig mye bedre. Jeg kunne se, høre og lukte klarere». (Bowen, 2005: 210-211).

Av informantene i utvalget var det fire som opplevde best mulighet til å styre livet sitt slik de ville med subutex, mens én informant opplevde at han kun fikk livsfrihet til å forme sine handlingsmuligheter dersom han fikk metadon. De sa at uten medisinen mistet de den indre kontrollen og overskuddet til å fokusere på annet enn stoffbruk, slik de opplevde det nå.

5.2.4 To forskjellige medisiner

Det er stor forskjell i oppfatninger informantene hadde av stoffene subutex og metadon om hvilke virkninger de får med tanke på å klare de endringsmulighetene de ønsker. Spesielt ulike syn var det på medikamentet metadon, mellom de som gikk på henholdsvis subutex og de som gikk på metadon.

En pasient som går på subutex kom med følgende utsagn:

«De som går på metadon, pleier å få en litt sånn krøkk i ryggen og sånn som det. Og det er ikke heroinen dem får sånn pukkelrygg av, det er metadonen, ikke heroinen. Det er minst like

farlige kjemikaler i metadonen som det er i heroinen».

Vedkommende tenker at metadonen er mye verre for kroppen enn subutex, og til og med at det er skadeligere enn heroin. Dette er en oppfattelse fler av pasientene har selv om de ikke har gått på det selv, men har hørt fra andre. En annen som også tar subutex nevner en bekjent som går på metadon:

«Han sier at, etter at han begynte på metadon har han begynt å miste tenner og liksom, ja han mener det er det som har gjort at han begynte å få dårligere tenner, liksom at tenna begynte å fallet ut liksom. Men det er jo, jeg vet at metadon bryter ned kroppen, (...) [Det] brukes som avlivningsmiddel for hester vet jeg, visste du det? (...) Også er det vel, eh ja, så jeg veit det er ganske skadelig men ikke hvor mye mer skadelig enn heroin der, men jeg veit at det bryter ned kroppen fortere enn heroin».

Kris' fremstilling av sitt narrativ kan forstås som en måte å vise hvor mye motstand han selv egentlig har mot metadon, for å eksemplifisere hvor vanskelig avgjørelsen var å i det hele tatt vurderte metadon i denne fasen. Han forteller at, om det ikke hadde vært for at han var på akkurat det behandlingsstedet på den tiden, så ville han gått på metadon i stedet for subutex fordi han ikke ville takla overgangen alene utenfor behandling. Han forteller at metadonen mer enn subutex ville tatt angstfølelsen vekk, men han opplevde også at metadon var mye skadeligere enn andre stoffer han hadde tatt - lovlige og ulovlige. Betingelsene rundt var derfor med å hjelpe han forbi de første månedene, og nå opplevde han at han kunne holde seg på subutex.

Denne informanten har erfart at subutex, kan ha virkninger ut over substitusjon for rusmidler:

«Så subutex er faktisk den beste ADHD medisinen jeg har prøvd. Jeg blir veldig, ja jeg får liksom den demperen, det kan hende at det er fordi jeg er blitt litt eldre og sånn òg, og at jeg har vokst det litt av meg for jeg var veldig, hyperaktiv og sånn før. Og at jeg har fått litt mer kontakt med meg selv da, men jeg mener at subutexen er en veldig bra ADHD medisin og. Faktisk.»

Han opplevde at medisinen fungerte positivt på andre områder enn tiltenkt og førte med seg en endring i hans konsentrasjonsnivå og selvforståelse. Dette er en interessant erfaring som kan brukes i videre utvikling av medisinene, og til samarbeid på tvers av diagnoser for å styrke individrettede tiltak.

Vi ser at oppfattelsen av stoffene er svært ulike. Fellesnevneren ser ut til å samles rundt at legemidler og å være innlagt til behandling har hjulpet til at de har klart å holde seg rusfri, og

klart å bli i den endringen de har ønsket for seg selv. Ved hjelp av medisinene opplever de også å ha overskudd til å benytte seg av mulighetene de har i livet.

5.2.5 Mange medisiner:

Informantene opplever at det deles ut mye reseptbelagt medisin som B- og C-preparater i LAR-behandling. De har en opplevelse av at ingen passer på og kontrollerer hvilken og hvor mye tilleggsmedisin pasientene egentlig trenger.

«Den nasjonale retningslinjen for LAR» beskriver inngangen til LAR som et bytte fra tyngre rusmidler til lovlig medisin. Informantene derimot beskriver en ambivalens til stoffenes farepotensiale, og har ulike meninger om hvilke stoffer de oppfatter som mest skadelig for kroppen sin.

Kris forteller hvordan han opplever at mange pasienter får mye tilleggsmedisin i den første avrusnings- og oppstartsfasen i LAR som kan gjøres på døgneklinikk:

«En periode har jeg slitt veldig mye med å sove og sånn og, så jeg står på seroquel⁷ nå 25 mg men før stod jeg på 150 fordi at da var jeg liksom 'da ville jeg ha så mye som mulig av alt ikke sant'. Så det er noen her som står på 150 mg, og 100 mg fenergan, det er bare sånn dobbelt opp med sovemedisiner, masser av C-preparater bare pøser på folk, også er det ingen som liksom spør 'trenger du det her egentlig' ikke sant.(...) [En her får fenergan og seroquel] også går han rundt og er sånn rusa, han syntes det er digg da.»

«Så det syntes jeg er litt, det der med C-preparater, bare fordi [det er] kategorisert i kategorier så 'A er verst, B er nest verst og C det er ikke så farlig liksom'. (...) Ja, så da syntes jeg, det er skikkelig høyl i huet da. For man vet jo egentlig ikke hva de medisinene gjør med folk»

Det Kris kommenterer her om det han oppfatter som overmedisinering, er noe også Gryt (2005) skrev at hennes informanter problematiserte. Flere pasienter har dermed en oppfattelse av at mange pasienter får mye tilleggsmedisin, men at de opplever at det ikke stilles spørsmålstegn ved hvor lenge disse medisinene er nødvendige. Informantene fortalte at de opplevde at ingen tok ansvar og kontrollerte disse tilleggsmedisinene, fordi behandlingspersonellet var mer opptatt av å kontrollere A-preparatene og rusmiddelbruken til pasientene.

⁷ Seroquel er antipsykotisk og er B-preparat. Fenergan er C-preparat

«Men siden liksom de har funnet ut i det siste at sobril også er avhengighetsskapende som benzodiazepiner og sånn, så føler jeg egentlig at kanskje siden man ser på alle rusmisbrukere som liksom at piller er ganske vanlig å misbruke ikke sant for rusmisbrukere- jeg er hvert fall blitt uglesett sånn da at liksom de tenker at 'jeg er skikkelig pillemisbruker og da kan jeg hvert fall ikke få piller' men piller er faktisk det jeg har misbrukt aller minst»

Informanten opplever at det er mange medisiner som er lett å få, men at sobril og benzodiazepiner (angstdempende/sovemedisin) som han mener er mindre skadelig for kroppen hans, har fått innskjerpende regler for utdeling. Han opplever at det kan være lettere å få sterke medikamenter som ikke er i pille-form, enn å få mildere medisiner i denne formen.

Samtidig virket det som at informantene selv mente at B- og C preparatene ikke var mindre skadelige for dem enn rusmidlene de hadde tatt tidligere, og at behandlerne burde holde like mye oppsyn med disse medisinene dersom kontrollen skal ha noe hensikt.

5.3 Blandingsbruk: nye og gamle handlingsmønstre

Den største endringen i vaner og handlingsmønstre er pasientenes beslutning om å slutte å bruke heroin, og starte med medisiner i stedet. Av den grunn skal jeg ta opp noen sider ved denne endringen.

Informantene uttrykker at den tyngste bruken av sterke rusmidlene er fortid for dem, og at de holder seg hovedsakelig til legemidlene de får utgitt gjennom LAR. De forteller likevel at noe bruk av rusmidler fortsatt forekommer. I dette siste delkapittelet om endringene i behandling, skal vi se på holdningene og erfaringene informantene har av hvordan denne blandingsbruken påvirker endringsprosessen de er i.

5.3.1 Hvilke rusmidler

Når det gjelder medisinen, er det en mye brukt praksis fra behandlingsapparatet, å forsøke å avruse pasienten fra andre rusmidler, før en 'settes på' medisin (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: 8.3 Avrusning før LAR). Flere av informantene hadde erfaringer med dette og opplevde det som en overgangsfase å slutte med bruk av tunge rusmidler, til å begynne på legemidler. Informantene har fortalt om sine opplevelser og tanker rundt balansen mellom de ulike stoffene. Her vil jeg først trekke inn noen anbefalinger fra retningslinjen og forventninger før oppstart, og deretter vil jeg se dette i sammenheng med det informantene

hadde av erfaringer.

En anbefaling, er at pasienten bør avruses fra andre rusmidler før oppstart på legemiddelet. Det legges til grunn at særlig alkohol og benzodiazepiner er viktig å avruses fra fordi det er mer medisinsk forsvarlig, og gir bedre grunnlag for oppstart, mens bruk av cannabis ikke er påvist skadelig før oppstart.

I tillegg vektlegges det at retten til behandling har fortrinn, selv om avvenning ikke skulle være oppnådd. Heller ikke tvungen avvenning fra heroin eller andre opioider er bevist hensiktsmessig, men bruk av slike stoffer bør i alle tilfeller ligge på et kontrollert nivå (2010: 8.3).

Bruk av rusmidler, ved siden av de forskrevete legemidlene, kalles «rusmiddelbruk» i den nasjonale retningslinjen for LAR (2010). Hvilke konsekvenser dette rusmiddelbruket bør ha er omdiskutert. Etter retningslinjen er det tydelig at rusmiddelbruk betegner all bruk av ulovlige rusmidler som ikke er forskrevet av lege. Nikotin og alkohol er lovlige (rus)midler, men alkohol kan likevel øke faren for overdose, og LAR anbefaler behandling dersom det fremvises alkoholavhengighet eller dersom avhengighet utvikles (2010: 7.2.3 Særlig om alkohol).

Informantene kaller bruk av andre rusmidler for sidemisbruk, men klassifiserer ikke alle rusmidlene som sterkere enn bruk av medisiner. Begrepet er mye brukt i rusomsorgen, men forstås av flere som misvisende for pasienter i substitusjonsbehandling som fortsatt har bruk av rusmidler i følge Ervik (1997) (Ervik i Gryt, 2005: 20). Misbruk i generell forstand defineres ofte etter hvilke negative konsekvenser som bruken fører med seg. Hvilke stoffer som av informantene ble regnet som sidemisbruk i forhold til medisinen var likevel ikke helt entydig.

Informantene uttrykte at de opplevde hasj som så mildt rusmiddel, at de ikke hovedsakelig anså dette som sidemisbruk på lik linje med bruk av andre rusmidler (som heroin). De så derfor ikke noe poeng i å slutte å bruke hasj, og anså ikke rusmiddelet som skadelig sammenlignet med andre stoffer. Det er heller ikke, som nevnt tidligere, noe grunnlag fra retningslinjen som påviser at det er spesielt skadelig med bruk av cannabis-stoffer⁸ før oppstart.

I oppgaven vil jeg bruke begrepene «blandingsbruk» for å belyse denne forskjellen i

⁸ Hasj er sekret fra planten Cannabis Sativa, og har ofte en større mengde av de virkestoffene som gir rus. Marijuana er det vanligste og består kun av toppskuddene fra hunnplanten (Aftenposten Innsikt, 2014: 45).

måten å definere og rangere rusmidler, samt for å unngå de moralske implikasjonene med begrepet sidemisbruk.

I Statusrapporten 2013 fremkommer det at 1/10 pasienter har brukt opioider ved siden av legemiddelet, 42 % har brukt benzodiazepiner - hvorav 21 % bruker det ulovlig uten forskriving fra lege, og cirka 33 % har brukt cannabis-stoffer. Denne statistikken er lik den Waal fant for 10 år siden, med unntaket at bruk av benzodiazepiner har gått opp 10 % (Statusrapport, 2013: 62; Rapport, 2004: 28). Järvinen som gjorde en studie av metadonpasienter i Danmark, setter spørsmålstegn ved effekten av behandlingen når en så høy prosentdel av pasientene bruker andre stoffer ved siden av fordi de ikke opplever noen rusfølelse (Järvinen og Miller, 2010: 813).

Få av disse stoffene påvirker i spesielt stor grad virkningen av LAR-medikamentet annet enn opioider som heroin, men det har noen følger for pasientens helse. Det som skal vektlegges her er måten det påvirker behandling og hvordan det begrenser muligheter, som vi skal se i neste avsnitt.

5.3.2 Informantenes holdninger til blandingsbruk

«Ja jeg har hatt mye sidemisbruk. Bare sidemisbruk siden jeg ble satt inn [her] egentlig. Men hva skal man gjøre liksom, for meg da så tenker jeg bare at greit, [det] holder hvert fall de fleste unna sprøyta, og da blir den overdosefaren borte og sånn, hvert fall den store overdosefaren. Så jeg føler att sidemisbruk det burde på en måte vært [pause] litt mere tolerert da.»

Samtidig ser vedkommende at det ikke er helt problemfritt: *«Men altså, det kan jo ikke være helt greit heller. Så det blir en evig diskusjon sant.»*

Her ser vi et eksempel på en informant som vektlegger at han mener at ikke all bruk av ulovlige rusmidler er farlig blandingsbruk, fordi det for han er en vurdering av hvilke rusmidler som er mindre skadelig å ha blandingsbruk med, enn med rusmidler som heroin. Han mener at noe blandingsbruk burde vært mer godtatt, hvis det handler om å redusere faren for inntak av rusmidler som er svært helseskadelig.

Den neste informanten mente i tillegg at mye handler om hvilke stoffer som er illegale og hvilke som er legale: *«Men egentlig så er det jo ikke, medisinsk heroin, og medisinsk metadon for eksempel (...) selv om det ikke er meningen man skal injisere metadon og sånn, så har jeg jo gjort det en del og rusa meg, og prøvd metadon vanlig og, og kjøpt det illegalt da ikke sant.*

Og jeg syntes (...) det er ikke så sinnsykt stor forskjell. Hvis det skulle vært medisinsk heroin da, og medisinsk metadon, det er bare fordi at heroin er blitt kjempe uglesett og 'åå heroin ikke sant, samfunnsfiende nummer 1.»

Ut over diskusjonen om hvilke stoffer som er lovlige, forstår jeg dette som et narrativ jeg så igjen i flere sitater. Posisjonen om at for en LAR-pasient som har et tidligere handlingsmønster med forskjellige rusmidler, er opplevelsen av hva som er skadelig viktigere for nye handlingsmønster enn definisjon av lovlighet.

Jarle opplever som vi så, at behandlerne er mer opptatt av å kontrollere blandingsbruken til pasientene, enn å bruke energi på å snakke med pasienten om hvordan rehabiliteringen i helhet fungerer: *«Ja nå er du rusa her, så nå skal vi ta medisinen dine». Det er liksom det det er uansett, uansett så er det liksom 'faen, du har gjort noe gærent, vi må snakke om medisinen din. Aldri noe sånn 'ja, det går bra?»*

I samtale om grunner til at LAR som system er strenge i forhold til blandingsbruk, sier en informant at det de bekymrer seg for, er overdosefare.

«Så, de syntes piller er jævla farlig.»

- *«Mm, du syntes det ikke selv?»*

«Jo, det veit jeg jo for, jeg har hatt nesten to overdoser bare, sånn nesten liksom. Som de mener, bare fordi da har de kommet der og ikke klart å vekke meg opp. (...) Men jeg føler att, selvfølgelig det er jo sikkert farlig for meg da, men jeg har en stor toleranse da. Men det er jo ganske farlig, når bare tenker på det nå.» (...) «Men der og da bare driter du i det ikke sant.»

Informanten ser at overdose er en reell fare, men forklarer her noe av grunnen til at han gjør det likevel. Han har ikke opplevd at det har vært en virkelig fare i tilfeller der han har tatt flere substanser. Han forklarer hvordan han, som mange, ikke opplevde noen fare ved blandingsbruk, og opplevde seg som i kontroll i situasjonen. I etterkant er han ikke sikker lengre.

I en samtale om grunnen til blandingsbruk, svarer en informant hvorfor det kan oppleves nødvendig.

- *«Og hvis du hadde hatt [medisinen] helt fast, sidebruk er likevel på en måte litt nødvendig, eller det føles (...) som det?»*

«Kommer helt an på hvor du står hen altså. Jeg kommer aldri til å slutte å røyke noe hasj tror jeg. Nei, men. Asså når du er der ute og venter på plass, og ikke sant. Så er det jævla vanskelig å bare legge vekk alt med en gang, og da er ikke løsningen å bare si at 'hvis ikke du

gjør sånn frem til du får plass, så blir det ikke noen plass, og ikke noe medisin for eksempel.»

Han mener løsningen ikke er å kjøpslå med straff, men at blandingsbruk skjer fordi det er overganger som er vanskelige. Flere av pasientene har nevnt at de opplever at de trenger å være på avrusning i døgnbehandling den første fasen når de starter medisiner, fordi det er for mange fristelser og gamle vaner rundt rusmiddelbruk, når de må ta ansvaret alene.

Det ser ut til at den vanligste reaksjonen på blandingsbruk, likevel ikke er å ta vekk medisinen. LAR har blant annet vedkjent at bruk av andre narkotiske stoffer vil forekomme hyppig for noen pasienter, i og med at de er i rehabiliteringen på grunn av avhengighet eller problembruk av tyngre stoffer (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: Oppstart i spesialisthelsetjenesten 8.4.1; og LAR-forskriften). I stedet er fokuset oftest på kartlegging av bruk, og å hindre den blandingsbruken som er svært helseskadelig.

Hvilke situasjonsendringer har pasientene møtt før og i LAR? De ønsker muligheter for endring, og har derfor plassert seg i denne situasjonen for å skape nye handlingsmønstre. De har sluttet med den tyngste bruken av rusmidler, begynt en endring, og startet en rehabilitering med både medisiner, samtaler og rutiner.

Informantene nevner grunner til at de vurderte denne behandlingen, og erfaringer av hva rehabiliteringen går ut på. Noen opplevde også en endring i forståelsen av seg selv og sin bakgrunn etter at de startet LAR-behandling, og forteller om selvbilde og stigmaopplevelse.

I de neste kapitlene vil jeg løfte frem noen aspekt i forholdet mellom spørsmål I og spørsmål II. Jeg skal ta opp deres opplevelse av begrensning på muligheter i kapittel 7, etter følgende kapittel med eksempler på vendepunktene som startet informantenes prosess mot endring.

6 Endring for nye muligheter

I dette og neste kapittel skal jeg se på relasjonen mellom spørsmål I og spørsmål II. Informantene har gjennomgått endringer i sine handlingsmønster og de daglige livssituasjonene de oppsøker. I mitt materiale var det noen som startet endring for å få den fremtiden de ønsket seg, mens andre trengte en endret situasjon fordi de opplevde å være i en situasjon som var uholdbar, som vi skal se her. Ett moment ved endringsprosessen, er hvordan de oppfatter seg selv nå og hvordan de opplever at de var før.

6.1 Å se seg selv som ulike personer

Hvordan fortalte informantene at de opplevde seg selv som rusmiddelavhengige?

Informantene opplevde at de trengte en endring.

Å starte i LAR-behandling betød for flere, å ha opplevelsen av et problem eller en ambivalens med tanke på fremtidige mål og ønsker. Den ene informanten Kjell snakker om følelsen av å ha to typer atferd i forbindelse med rus:

«Jo, moren min sa alltid at når jeg var rusa så var det som to personligheter. Det var Kjell-Kjell, også var det han som hun fødte (...) og som alle kjente. [Kjell-Kjell] var den rusa personen som kom hjem, gav faen, løy.»

«Du blir sleip og kynisk. Jeg var småkynisk uten å være helt bevisst på det, for at, men det var ikke meg det var stoffet som gjorde det.

- «Som om stoffet snakker gjennom deg, eller på vegne av deg kanskje?»

«Ja det er sånn, det er som to personligheter».

Underveis virket det som informanten forsøkte å forklare hvordan det var mulig å oppføre seg så «kynisk»- med informantens egne ord, og forklarte videre hvordan han nå opplevde at som narkoman hadde rusen tatt over for hans egentlige personlighet. En endring var at han opplevde at han løy mye før, men at han nå i behandling ønsket å være ærlig om alt som hendte. På grunn av denne endringen oppfattet han seg nå mer som én person. Nå som livssituasjonen var annerledes oppfattet informanten å ha hatt et brudd med den siden av selvet som kom frem under ruspåvirkning.

6.2 Endring: vendepunkt i livet

Et viktig tema som kom opp i samtale med flere av informantene, var de aspektene som gjorde at deres tilværelse endret retning – grunnen til at de ønsket en ny situasjon. Myhra (2012) kaller disse avgjørende endringene for vendepunkt (2012: 142-143). Endringen kan være utløst av å miste kontroll i en situasjon med rusbruk. Endring for å få en annen fremtid. Eller som informanten over sa; at det hang sammen med en opplevelse av å ikke like den du er blitt. Disse hendelsene førte til et vendepunkt, og informantene fortalte at de ønsket en ny periode i livet.

I samtale med informantene om rehabilitering og daglig håndtering av medisiner, ble det svært tydelig at deres opplevelse av mulighetene til å holde ut i det vanskelige og hverdagslige, ble lettere å få til etter at LAR-behandlingen startet. Grunnen til dette var for noen, det tverrfaglige i samtalene og det å bli nøye fulgt opp, mens for andre gjaldt det å få den ene typen medisin som gjorde at kroppen var i sjakk så lenge at de klarte å konsentrere seg, og i det hele tatt ha motivasjon for dagligdagse aktiviteter. Livsmot, innsats og vilje ble igjen faktorer i livene til disse unge menneskene som opplevde å ikke ha kjent på dette på lenge.

6.3 Informantenes opplevelser av vendepunkt

Hvilke endringer var det som gjorde at disse informantene etter hvert ønsket ut av rushverdagen?

«Og hele grunnen til at jeg slutta med stoff, var fordi at jeg vil ha familie og at jeg vil ha kone og barn. Jeg hadde en alkoholisert far, så det veit jeg allerede, hvordan byrde det kan være. (...) Men, i alle fall det som var drivkraften min, det var å slå seg ned og stifte familie.»

«Jeg vil egentlig komme inn i et forhold hvor jeg har spart opp penger, hvor jeg har en slags sikkerhet. For ungens skyld, hvis ikke for min. Så hvert fall for ungens skyld, sånn at den kan få alle sjansene jeg nødvendigvis ikke fikk da. (...) Ikke sant, det var det som fikk meg til å slutte.»

Han opplevde at måten han levde sitt liv ikke var forenlig med ønskene han hadde for sitt liv som voksen, og mente han trengte en livsendring for å få den fremtiden han så for seg.

Den ene informanten beskriver hvilke tre måter som virker som de eneste for å komme seg ut av rusbruken på: *«Altså du lever i en sånn liten boble og du har to måter du kan komme deg ut av den bobla altså, eller da for så vidt tre: altså du kan enten dø; du kan enten få en nær-døden opplevelse som kan skremme deg til å ville slutte; eller du kan bestemme inni deg selv*

at jeg klarer det ikke lengre, jeg må slutte, eller jeg har et problem og jeg trenger hjelp, og at jeg må slutte».

Kanskje illustrerer det opplevelsen av å ha nådd bunnen, uten kontroll i den situasjonen og den eneste måten å få til endring er ved en erfaring av vendepunkt.

Max sier noe om vendepunktet som startet endringa: *«Ja for jeg var langt nede, dårlige erfaringa. Jeg snudde om etter en sånn psykose jeg kom i.. etter å ha tatt amfetamin.».*

Han skiftet oppfatning av hvor mye kontroll han hadde, og hvilken betydning rusen hadde i livet hans, og bestemte seg for at han ville ha en endring i levemåte etter dette.

Jarle uttrykker noe om både å mislike den han er blitt, miste kontroll og ønske noe annet: *«Jeg har alltid prøvd å jobbe og gå på skole og sånn ved siden av misbruket mitt, men til slutt så begynte jeg jo å miste tenner og begynte å bli litt prega ikke sant. Og det var da jeg egentlig skjønnte at 'nå må jeg gi meg'. Fordi jeg blir fucka av alt det her ikke sant.*

- «Ja. Og da begynte det å bli synlig for alle på en måte, eller sånn utenfra?»

«Ja helt riktig. Så, for å være helt ærlig så var det det som gjorde så jeg begynte å revurdere alt sammen da.

Her ser vi eksempler på det som motiverte frem endring av handlingsmønster, som førte med seg habitusendring slik Bourdieu argumenterte at kunne finne sted ved en slik krise.

Endringene ut av rusbruk ser ut til, for disse informantene å dreie seg mest om behovet for å komme seg ut mens de fortsatt kunne. Grunnene varierte, som en opplevelse av psykose under ruspåvirkning, fortsatt muligheter til å starte familie, og å slutte før utseende avslørte det rusmiddelbruket de hadde. Felles for alle var at de ønsket en endring og en ny periode i livet. Disse narrative forteller noe om hvilke opplevelser informantene oppfattet som avgjørende for endringsprosessen fra å ha vært rusmiddelbrukere.

6.3.1 «Hvor bra man egentlig kan få det»

I intervjuene stilte noen informanter seg spørsmålet om hvorvidt kroppen alltid har trengt medisin for å oppnå en balanse som i utgangspunktet ikke var der, eller om de trengte medisinen på grunn av den ervervede avhengigheten. Som tidligere nevnt i introduksjonskapittelet, viser både Taksdal m.fl. (2006), Skretting (2010) og Rise (Sirus, 2010) til denne kompleksiteten i hvordan avhengighet oppstår.

Likevel var de nå mer opptatt av sin opplevelse av at balansen kunne gjenopptas med flersidig behandling, og situasjoner som åpnet for nye muligheter.

«Men da fikk jeg [sobril⁹] da, og måtte stå på urinprøver; det gikk veldig bra faktisk. Da gikk jeg på veldig lave doser (...) jeg hadde det veldig bra. Men jeg ser jo liksom den at det aller beste er egentlig å gå på så lite som mulig»

«Men jeg tror ikke på det, at fordi et menneske har trengt metadon eller subutex en lang periode av livet, så trenger de å stå på det resten av livet. Jeg tror det er noe man venner seg til, og at liksom man blir redd for å slutte da».

Pasienten opplevde at LAR ikke trenger å være livslang behandling, men kan fungere som hjelp til å få en endring i vaner og livsførsel.

«Jeg [tror] de fleste ville valgt et rusfritt liv liksom, og kanskje stått på metadon. [Og] ikke alt mulig rart, hvis de hadde visst hvor bra man egentlig kan få det da.»

«[Utenfor behandling] er det veldig lett å begynne å ruse seg igjen ikke sant (...) fordi man ikke vet hvordan man takler ting, og følelser og».

- «Så det er annerledes nå tenker du?»

«Ja jeg har det veldig bra» [smiler].

Informantene i dette utvalget har opplevd at avhengighet er noe de har vært styrt av tidligere, og at de nå etter endringen har klart å ta den delen av livet under kontroll.

6.3.2 Relasjoner

Et moment som var påfallende, var hvor lite informantene fortalte om relasjoner og miljø rundt seg i denne fasen. De har endret på hvilke situasjoner de oppsøker, og Kris forteller hvordan han har endret opplevelsen av relasjonene han hadde i rusmiljøet:

«Venner og bekjente. (...) man har jo egentlig ikke det. Eller jeg syntes ikke, at jeg har så veldig mange venner, som er i rusmiljøet på en måte. For det er liksom, en blir aldri ordentlig kjent når du ruser deg.»

Flere av informantene husket det tidligere rusmiljøet de var i, som vekslende og ofte ensomt fordi det ble opplevd som kynisk og falskt. Svensson karakteriserer bekjenskap i rusmiljøet som «socialitet, men ingen solidaritet» (i Flåto og Johansen, 2008:50).

⁹ Angstdempende i pille-form, der inntak kontrolleres for misbruk/overdreven bruk ved urinprøver.

Kjell sier: *«du ser sånn som venner og sånn som det, du har ingen venner når du er rusmisbruker. At når du har penger stoff, venner, men når blakk er det ingen som stiller opp»*

På den måten etablerer de en avstand både til de tidligere rusrelasjonene, og det kan virke som de overfører dette som en videre distanse til personer i samme behandling som dem. Det kan bety at de, på samme måte som en del litteratur beskriver (Gryt 2005; Skatvedt 2012) har vanskelig for å relatere seg til flere personer i sitt nettverk.

En kan tenke seg at dette er overførbart til vanskene med å bygge nye relasjoner som en del av et mindre russentrert liv. Informantene har likevel startet denne endringen av situasjoner og relasjoner ved å oppsøke LAR-behandling, og ved å søke utfordringer som utdanning og arbeid som situasjoner med nye muligheter for endrede handlingsmønstre.

6.4 Livsform og handlingsrom

Jeg skal her trekke frem en alternativ fremstilling av avhengighet. Grunnen til det er at jeg ønsker å få frem nyansene slik at det kan romme hvilke opplevelser informantene har av handlingsmuligheter som vi skal se i neste kapittel, og knytte det til deres endringsprosess.

Flåto og Johansen (2008) mener det er behov for en bredere sosiologisk forståelsesramme for avhengighet. De fremmer forslaget om at avhengighetsbegrepet må åpne mer opp for den enkeltes handlingsrom. De mener en samfunnstilnærming mot rusavhengighet (som motpol til helseperspektivet) er nødt til å ta utgangspunkt i hvilke mulige handlinger og betingelser som ligger i livsformen deres.

Livsform-begrepet til Sørhaug (Sørhaug i Flåto og Johansen, 2008), og Bourdieus habitusbegrep (1999), tar i sin helhet opp spørsmålet om hva som er de styrende mekanismer for handlingsrommene mennesker opplever at de har. Her er det spesifikt informantenes opplevelse av handlingsrom som er av interesse.

Som vi så i forrige kapittel, handler Giddens Agency-begrep, om hvilke handlingsmuligheter individene opplever å ha. Hvilke handlingsmuligheter har da eksempelvis unge LAR-pasienter i praksis, når det kommer til valg av bosetting, forme sin egen hverdag, og planlegge sin fremtid gjennom arbeid og utdanning? Dette skal undersøkes nå i kapittel 7. Etter neste kapittel skal det knyttes til hvilke implikasjoner brukermedvirkning i rehabilitering kan ha for pasientenes handlingsmuligheter mot å få, og ta kontroll over egen tilværelse.

7 Avgjørende endring i LAR

Hva er det i situasjonene pasientene møter nå som påvirker handlingsmulighetene for å få til videre endring? Som LAR-pasient kan en oppleve at mulighetene styres av hjelpeapparatet, og føle at en må legitimere sine behov og ønsker i større grad enn andre individ. Informantene forteller at venting på saksbehandling og henting av medisiner setter en stopper for andre ting de vil i livet. De forteller at de ønsker den muligheten for endring de får gjennom denne rehabiliteringen, og de erkjenner at medisinhenting og saksbehandling er forutsetninger ved denne typen behandling. Samtidig opplever de at noen av deres egne mål tilsidesettes fordi de ikke er forenlige med de hverdagslige kravene LAR-behandling har. Dette peker på hva som er forholdet mellom endringer og muligheter.

De er i en prosess med endring hvor de opplever en overgang med nye måter å samhandle med andre i en kontekst rundt medisiner, arbeid, utdanning og bolig. Som Lillebuen (2005) også fant i sin studie, måtte de lære seg å fungere i det «nyktre» samfunnet igjen. Hvordan denne endringsprosessen i livet oppleves for informantene og hvilke handlingsmuligheter de opplever å ha, vil belyses her. De har opplevd en atferdsendring og endringer i livssituasjoner de plasserer seg i.

James Bowen beskriver også hvordan det stadig vekslende livet er det som oppleves normalt for mange tidligere rusmiddelbrukere (2012: 108). Han skisserer noen valg og noen tilfeldigheter ved det han opplevde at ble viktige endringer for han selv, som blant annet dagen han valgte å kaste det bortgjemte brukerutstyret til rusmidler, betydningen av egen bolig, faste rutiner og beslutninger rundt medisiner.

Jarle beskriver at han måtte bestemme seg for en klar endring, for å få til en ny livssituasjon: *«Også kom jeg jo hit da, og tenkte at enten så kan jeg sitte der borte, og fortsette å stresse og røyke bønner der borte, og miste medisinen min. Eller så prøver jeg bare en gang, også gir jeg 100 % liksom.»*

7.1 Rutiner:

På hvilke måter har informantene opplevd endringer i handlingsmønster, preferanser og endring av vaner? En av endringene LAR-pasientene opplever, er behandlingshverdagens rutiner med medisinhenting og rehabilitering.

«Jeg syntes egentlig det var greit å hente hver dag jeg, for da hadde du på en måte noe å stå opp til.»

Ulike former for struktur i hverdagen var viktig for informantene i denne fasen av endringsprosessen. For noen handlet det om å vite at de fikk medisiner hver dag.

To informanter mente LAR som tiltak la til rette for at de skulle få en god hentesituasjon: *«(...) hvis man har en jobb og sånn så er LAR veldig fleksible på at du får med deg og, hver gang jeg skulle dratt hjem til mora mi eller noe sånn så har jeg fått med meg for en uke.»*

7.1.1 Medisinhenting

Noe som viste seg å ha stor betydning for opplevelsen informanten hadde av handlingsmuligheter i behandling, var hvorvidt informantene under intervju tidspunktet var tilknyttet en klinikk, eller hentet medisin på en poliklinikk/apotek. De tre som var på en klinikk, var i et beskyttet men også lukket miljø der utdeling av medisin og opptrapping fant sted på en døgnavdeling. De to andre som hentet medisin og gikk til samtale på poliklinikken, var kun delvis knyttet til denne men hadde sitt bosted utenom. Ofte hentet de også medisiner på apotek, som innebar en annen type erfaring av hentesituasjonen enn de som startet denne medisinopptrappingen på klinikk. Hvor de hentet medisinen kunne få betydning for opplevelsen av handlingsmuligheter, og det å kombinere det å måtte planlegge hverdagen med det å hente medisiner.

Jarle forteller at dette påvirker hans opplevelse av muligheter fordi det ble vanskelig å planlegge hverdagen: *«Det kan være liksom én fast ting alle steder liksom, i stedet for å forholde deg til forskjellig måter å utdele medisiner på hvert sted liksom».*

7.1.2 Apotekenes rolle i å fremme og begrense endringsmuligheter.

Jeg var også i samtale med ansvarlige for utdeling av medisiner på fire apotek, og jeg vil kort trekke inn hvilken rolle apotekene har i rehabiliteringsprosessen.

For å få en forståelse av hentesituasjonen LAR-pasienter må forholde seg til i LAR-behandlingen, besøkte jeg fire apotek (Boots, Apotek1 og Vitus apoteker) i sentrumskjernen i Oslo, og fikk snakke med ansvarlige for utdeling av medisin.

Apotekene kan vurdere om de har kapasitet til å være hentested av medisiner for LAR-pasienter. De som er hentesteder, har svært forskjellig praksis i forbindelse med henterutiner.

Noen har stor kapasitet, lange åpningstider og har egen avdeling for denne typen resepter, mens andre kun har mulighet innenfor noen tidsrom med ekstra bemanning. Dette kan som vi har sett legge en begrensning på pasientenes rutiner, handlingsmønster og dermed endringsmuligheter.

7.2 Begrensninger på endring og muligheter

I rehabilitering har informantene også forventninger til rutinene. Noen begrensninger handler om negative endringer, men andre handlet om å forsøke å få til endringer i nye situasjoner som bolig og sysselsetting som vi skal se videre i kapittelet.

Jarle forteller om en hendelse som har vært en begrensning på hans endringsprosess: *«Jeg hadde verdens beste lege. (...) Nå har jeg fått en jeg er litt usikker på. Flink (...) men tenker mer på hva som skjer med kroppen (...) og ikke så mye med hva som skjer oppi hodet mitt da. Ja, for det spiller ingen rolle om kroppen er bra eller dårlig, så lenge huet, hvis ikke huet fungerer. Så for meg så er det viktigst å vite at jeg har et godt utgangspunkt når jeg kommer ut da, eller så er det fanken ikke noe vits å sitte her.»*

Når han fikk en ny lege, var ikke lenger kombinasjonen av det kroppslige og det psykiske i fokus og han opplevde at behandlingen ikke fungerte hvis han ikke jobbet med psyken. Med slike store endringer i rehabiliteringsrutinen, mistet pasienten kontakt med sine mål i den prosessen han var i.

Det som også begrenser endring er som vi har sett det vanskelige rundt arbeid og bolig: *«Men det er klart det som gjør det vanskelig med det stabile livet (...) sånn da med å skulle hente hver dag, når en skal være i jobb eller skole.»*

Som jeg har vært inne på i kapittel 5, snakket vi i intervjuene om muligheter for arbeid eller utdanning etter overgangen med å starte rehabilitering. Det fremkom av intervjuene, at flere av informantene opplevde at nye situasjoner som arbeidsmarkedet ikke var åpent for dem i opptrappingsfasen. De opplevde at de ikke kunne være i jobb, samtidig som de hver dag i arbeidstiden måtte dra for å hente medisiner. Flere opplevde denne avsløringen av at de gikk på medisiner fra LAR, som krenkende.

Tre informanter fortalte om vanskelighetene med å skulle være i jobb, samtidig som daglig henting av medisin er en nødvendighet. De mente at LAR-tiltaket generelt er fleksibelt når det gjelder henting, men at arbeidsgivere på jobbmarkedet hadde mindre forståelse.

Som Järvinens respondenter argumenterte, var det urimelig å skulle finne jobb, samtidig som de måtte møte opp på behandling- eller hentestedet hver dag i arbeidstiden (Järvinen og Miller, 2010: 817). Det virket som informantene har motivasjon for å komme inn i arbeidsmarkedet eller videre skolegang, men at de opplever at daglige hentekrav av medisinen setter en begrensning på mulighetene for dette. Dermed opplever de å måtte sette livet sitt litt på vent, og endringsprosessen stoppet opp.

Tre informanter opplevde at det problematiske med den helhetlige bedringsprosessen var at de kunne få hjelp med tilrettelegging for rehabilitering, men at de hadde vanskelig for å finne løsninger på bolig- og arbeidssituasjoner i praksis. Flere mente det kunne være til stor hjelp om det var en behandler som organiserte et samarbeid som hjelp i denne delen av prosessen.

Kris forteller også at han skulle ønske LAR hjalp litt mer til å tenke fremover, i stedet for å bare bli i det som er stabilt: *«skulle jeg gjerne ønske å liksom begynne å tenke på den nye delen av livet da ikke sant, som utdanning og sånne ting igjen. Jeg hadde ikke tenkt at det skulle bli noe alternativ men, jeg skulle ønske at [de] hadde bragt inn det der litt mer»*.

I den nasjonale retningslinjen (2010) fremkommer det at «målene for arbeidsmessig rehabilitering og ulike former for sysselsetting bør baseres på kartlegging av pasientens individuelle evner og muligheter, ønsker og behov» (2010: Sysselsetting 10.3.2).

Selv om det er ment å skulle være fokus på kartlegging av muligheter og en organisering mot sysselsetting, opplever disse informantene at slike temaer ikke er tatt opp, og at de ikke har ressurser til å ordne det selv i denne fasen.

Kris, Max og Jarle ønsket at LAR-tiltaket hjalp til mer når det gjaldt å se fremover sammen med pasienten på hvilke sider ved endringsprosessen de kunne trenge hjelp, som ved sosialfaglige tiltak rundt bolig- og arbeidssituasjoner. De mente disse situasjonene var betydningsfulle for endringen av vaner og mønster.

7.3 Boligsituasjonene

Å komme i egen bolig er en avgjørende overgang på strukturelt nivå. Ved å se til Taksdals et.al (2008) fremstilling av bosituasjonen til mennesker i utsatte posisjoner, kan vi få en forståelse av hvilke utfordringer også informantene i dette utvalget opplever som en overgang. Hun argumenterer at mens boligspørsmål tidligere ble løst av en generell offentlig boligpolitikk i et regulert boligmarked, har vi siden 1980-tallet sett en tendens til et frafall i

generelle tiltak som tidligere fulgte opp de fleste sin situasjon. Blant annet har vi fått en nedgang i kommunal bostøtte, og heving av terskelen for hjelp (Taksdal, 2006).

Én informant i utvalget hadde egen bolig og kunne fortelle om opplevelsene fra denne endringen. De tre andre bodde på en klinikk eller avdeling i denne tidlige fasen av rehabiliteringen.

Ved to av klinikkene som ble kontaktet i utvalget av informanter, har de oversikt over bosituasjonen til pasientene ved utskriving. Det fører til at samarbeid mellom instansene naturlig forekommer fra disse klinikkene. Det viser seg at noen instanser har kapasitet og tar ansvar for å sikre at pasienten utskrives til et konkret botilbud, mens andre instanser ikke har kapasitet, eller opplever særlig ansvar i følge Taksdal. To tredjedeler av de 27 rus- og psykiatrinstitusjonene Taksdal m.fl. (2006) hadde i utvalget, svarte at de var klar over pasientenes boligsituasjon. Videre argumenterer de at hospitser, lavterskeltilbud og institusjonene alle er instanser som er viktige og bidrar i arbeidet mot en bolig som et trygt hjem.

Pasienters bedringsprosess styres i mange tilfeller av tilgang på et trygt og stabilt oppholdssted. I noen faser handler det om opphold på en behandlingsklinikk, mens det senere handler om et eget sted å bo og leve. I denne andre fasen, er det ikke alene det tverrfaglige behandlingstilbudet i LAR som tilrettelegger, men det styres hovedsakelig ut fra kommunale prioriteringer for forvaltning av boliger.

Boligsituasjonen er ofte uavklart, og noen informanter hadde hatt perioder hvor de bodde på hospits. Kjell forteller hvordan boligsituasjonen var før han ble LAR-pasient:

Intervjuer: «Det var kanskje en periode du ikke hadde bolig eller andre muligheter?»

Kjell: *«Nei, nei moren min har aldri kasta meg ut, selv om hun har truet med det, men jeg har altså spilt, du spiller jo litt på følelser og sånn. Men moren min hadde da også ærlig visst at hvis henne hadde sparka meg ut; noe som noen av vennene hennes oppfordret henne til, så ville jeg mest sannsynligvis ha tatt overdose. Ja for hvis jeg ikke hadde hatt et hjem, da ville jeg hatt ikke noe som ville holdt meg tilbake.»*

Her ser vi hvor avgjørende boligsituasjonen kan være for endringsprosessen mot bedring.

Senere hadde Kjell fått hjelp til å ordne en ny bosituasjon. I et av intervjuene kommer det klart frem hvilken betydning det har hatt.

Intervjuer: «Ja så de hjalp deg godt i gang med å komme inn i bolig?»

Kjell: *«Hadde det ikke vært for dem, så hadde jeg aldri klart, altså, så hadde jeg ikke klart å holde motivasjonen oppe. Men det som var så fantastisk var det at jeg fikk leilighet på Lørenskog¹⁰. Og jeg er født og oppvokst en mindre plass, med en gang jeg går ut døra der så står det 3 - 4 narkomane som jeg møter på i løpet av fem minutter, som liksom: 'ah skal du bli med hjem til meg eller', 'skal vi røyke en rev eller'. Og hvis du ikke har lyst til det, så kan du ikke bo på et sånt sted ikke sant. Så (...) med en gang jeg hørte leilighet på Lørenskog så bare, jess, da altså det var den muligheten som jeg gikk og drømte [om] egentlig, kan ikke jeg vær så snill å komme meg et anna sted, ja å komme meg bort herfra. Så plutselig gjorde jeg det».*

Som vi så her, kan geografisk bytte av bosted ha stor betydning. Som også Taksdal m.fl. (2006) argumenterer for, er det mange ledd i prosessen mot en bolig som et trygt oppholdssted og hjem. Overgangene for å komme dit, og vekslingen mellom å bo på hospits med flere andre, til det å bo et sted helt for seg selv, bringer med seg utfordringer for mange. Noen oppsøker i perioder derfor de gamle oppholdsstedene som hospitser eller varmestuer, fordi det er trygge møtesteder med kjente mennesker.

Max opplevde at det ikke hadde vært noen endring med tanke på boligsituasjon eller stabilitet. Max og Kris opplevelse var at LAR som tiltak ikke fulgte opp disse områdene eller hjalp dem med hva de burde gjøre, og at det derfor ble et brudd i endringsprosessen.

En annen informant tenker at han kanskje kan klare å ordne bolig nå som han er i rehabilitering og strukturert behandling:

«Jeg tror alt det der ordner seg, når man ikke holder på [med narkotika] liksom, for det er jo mye med det å gjøre at når man driver på så går man på en visning også får man nei også gir man opp liksom.»

Han tenker seg at det vil bli annerledes nå når han ikke ruser seg lengre, fordi han har opplevd en endring i innstilling når det kommer til innsats og motivasjon. Dermed vil endringen føre til at han prøver hardere. Motivasjon og hvilke forhåpninger vi har, er viktige faktorer i situasjoner der innsats er nødvendig for å få til endring.

I denne oppgaven vil jeg også benytte definisjonen til Taksdal (2006) om brudd, for å utvide forståelsen av endring. «Brudd» forstås som betydningsfulle endringer i en persons liv (Taksdal og Breivik et al. 2006: 36). Dersom en baserer seg på funnene til Taksdal m.fl. om at

¹⁰ Stedsnavnet er anonymisert. Informanten er i utgangspunktet fra en mindre by hvor mange kjente hverandre, og å få flytte til et annet og større område var av stor betydning for å holde seg vekk fra rusmiljøet.

det for bostedsløse tidligere rusmiddelavhengige er det streite - rusfrie livet som oppleves som et brudd og som en tydelig endring, kan vi her finne en parallell til Bourdieus habitusendring (2006: 15 + 63). De måtte endre vaner for å få til det streite – rusfri livet. Institusjonsopphold var ofte en mer kjent tilstand for hennes informanter, og det var overgangen til egen bolig som for mange opplevdes som den største endringen i tilværelsen.

Hos mine informanter var det kun én som hadde erfaring av hvilken betydning egen bolig kunne ha for endring i livssituasjonen. De tre andre var i en fase der de opplevde at de tryggeste rammene for denne store livsendringen og nye rutiner med medisin, var å bo på en behandlingsklinikk på dette tidspunktet.

Taksdal m.fl. (2006) beskriver hvordan mange ansatte bruker mye tid og energi på å *justere* forestillingene om normalitet, som både de med «streite» og «ustreite» liv forholder seg til. En livsstil sentrert rundt rusmidler ble kalt det «ustreite» liv, men også fellesskap og toleranse kunne være viktige faktorer her. Samtidig kunne overgangen til det streite liv oppleves som ensomt, og med en sterk konfrontasjon med momenter i livet en har unngått. Først og fremst ønsket Taksdal å kommunisere at normalitet ikke er uten variasjoner, og innebærer både klesvask, fester og avbrekk. Det å systematisk avdramatisere forskjellene mellom «normale» livsformer og andre livsstiler, hjalp til med å bygge forståelse på tvers av dem/oss oppfatninger (2006: 76). Dette gav en forståelse av at begge livsformene innebar individuelle handlingsmuligheter.

7.4 Hva slags livsendring ønsker informantene?

Informantene forteller at de ikke engasjerte seg i noe før, men at de nå opplever en endring mot å ville gjøre noe og bidra med noe. Én ønsket nye muligheter fordi han opplevde at han ikke lengre klarte å være i alminnelig jobb på grunn av rusmiddelbruket, en annen ønsket familieliv og ansvar.

Alle fire snakket også om at de videre ønsket utdanning. To så på utdanning som selve målet, mens de to andre ønsket mulighetene utdanning bragte med seg på arbeidsmarkedet slik vi kan se ved Kjells utsagn:

«Ja, pluss at jeg vet at alle kan få en kul, fet jobb med fet utbetaling, men alle kan få fyken òg. Og hvis du ikke har, hvis du ikke har en utdanning så er det jævlig vanskelig å få en ordentlig jobb nå til dags.»

For Max og Kris var utdanning selve målet:

«(...) jeg kan se for meg at kanskje hvis jeg holder meg rusfri nå frem til sommeren, så har jeg et; jeg har hatt et ønske mange år da om å reise på utdanning (...). Så det er det jeg liksom ser for meg at, liksom klare å takle alle sosiale settinger, sånn jeg veit jeg egentlig er liksom».

Jarle forklarte betydningen disse endringene hadde for hans fremtidsønsker, på en svært god måte: *«Men det vanskeligste er egentlig bare det å komme seg over alt det kjipe i starten. For sånn som nå begynner jeg å få livsgnisten igjen, å spille fotball, og stå på snowboard».*

Det er en tung endring. Han ser likevel at mulighetene begynner å åpne seg for han igjen.

Informantene fortalte at de ønsket å fortsette denne endringen i behandling. De fortalte på forskjellige måter, hvordan de også ville ha en endring ved å slutte med medisinen. Et utdrag fra Bowen (2005) illustrerer det jeg oppfattet at de fortalte i intervjuene:

«[Jeg] var bare lei av hele greia. Å måtte gå til apoteket hver eneste dag, å måtte dra innom klinikken hver fjortende dag. Å måtte bevise at jeg ikke hadde tatt noe. Jeg hadde fått nok. Nå følte jeg at jeg ville noe mer med livet mitt».

Utdraget sier noe av det samme som informantene sa på hver sin måte. Det sier noe om vendepunktet, atferdsendringene som de nye måtene å forme livet, og det å begynne å sette seg målsettinger. Denne typen motivasjon var felles for informantene som var på et stadium i rehabiliteringen de opplevde at var viktig i livene deres på dette tidspunktet.

8 Brukermedvirkning for muligheter:

Brukermedvirkning er en side ved LAR-situasjonen som har betydning for endringen. Her vil jeg ta opp tema 3, om slik medvirkning fra brukere, og hvilke implikasjoner det har i behandling for informantene i dette utvalget. Jeg vil rette oppmerksomhet mot hva brukermedvirkning i *egen* behandling er, og hvordan det kan være av betydning. I dette kapittelet vil jeg trekke inn utsagn fra intervjuene, og deretter diskutere noen prioriteringer og noen av rettighetene opp mot opplevelsene de hadde.

Informantenes ulike opplevelser av medvirkning

Hovedbehandleren, slik som LAR-konsulenten er et viktig knutepunkt for å få til samlinger med samarbeidsparter der «brukeren» og dennes prosess er i fokus. Møter rundt sosialfaglige tiltak som bolig, penger, arbeid opp mot behandlingsprosessen kan igangsettes av behandleren, ofte gjennom en individuell plan.

Kjell har en opplevelse av hvordan slike grupper kan fungere:

(...) når vi har Ansvarsgruppemøte så er vi vel 5-6 stykker og det er alt i fra Nav, til legen, til LAR, til oppfølgingstjenesten eller altså, gudene alt det måtte være. Altså alle er med, sånn at, hvis [NN] har noe å ta opp, så gjøres det foran alle, sånn at vi alle kan diskutere det. Også pleier jeg personlig å høre på dem, for dem er ekspertene, også pleier jeg da som regel å følge den da konklusjonen vi da kommer frem til.

- «Ja, hender det du kommer med egne..»

«Ja selvfølgelig, det er jo selvfølgelig en av grunnene til at vi er der, for sånn 'hvordan er det med deg Kjell?' De er jo der på grunn av meg. Men det er jo, hvis jeg har et problem, så forteller jeg det til dem, og for eksempel [NN] snakker gjerne litt med han ruskonsulenten min.»

«Jaja, altså dem er, dem kommer bare dit helt åpensinnet, så kan jeg fortelle hvis det har skjedd noe spesielt eller hva det måtte være. Også kan jeg høre på hvis de kommer med noen råd for eksempel. Også kan jeg for eksempel gå hjem og gjøre litt research på det dem sier til meg. Også kan jeg da komme med tilbakemelding til legen min.»

«(...) så forteller jeg kanskje litt, også kommer dem med innputt, også møtes vi kanskje på midten eller så følger jeg rådet dems, eller så følger jeg mitt eget råd.»

Kjell opplevde at ansvarsgruppene fungerte slik at han fikk handlingsmuligheter og egen kontroll i rehabiliteringsprosessen. Jeg forstod det slik at det var av stor betydning for han, og han var glad for å ha fått et så godt nettverk rundt rehabiliteringen.

Max og Kris hadde andre erfaringer. Kris fortalte at han ikke visste hvordan han skulle ta i bruk behandlerne rundt seg, og si hva han ønsket og trengte i behandlingen. Max opplevde heller ikke at han var en del av sin rehabiliteringsprosess i behandling, og tok dermed noe avstand fra denne utover at han ønsket avrusning inne på klinikk. De var på et tidlig stadium i rehabiliteringen, men opplevde ikke her noen form for brukervedvirkning i beslutninger eller medvirkning i planlegging av hva som skulle skje videre i denne fasen.

Muligens vil de oppleve mer medvirkning og samarbeid når de starter medisinhenting utenfor klinikken. Det kan virke som pasientene stilles mellom det å bli fratatt kontroll i avrusningssituasjoner i døgnbehandling, og etterpå å opparbeide samarbeid og medvirkning i rehabiliteringen. Kanskje oppfattes de fortsatt som rusmiddelavhengige som ikke er stabile nok til å være med i beslutninger, mens de er i døgnbehandling i oppstart av LAR-behandling. Etter samtale med informantene ser det ut til at det kunne være en fordel for disse LAR-pasientene at de ble forklart om denne ansvars- og kontrollfraskrivelsen ved behandlingsstart eller enda viktigere; ble informert om hvilke muligheter de har senere for medvirkning og kontroll i egen bedringsprosess.

Brukermedvirkning på et strukturelt nivå

Brukermedvirkning foregår på flere ulike arenaer og nivå, så først vil jeg derfor helt generelt nevne noen målsettinger fra politisk hold, og fra et behandlingsperspektiv. I neste del vil jeg trekke det ned til pasientenes medvirkning i egen behandling.

Med brukervedvirkning menes det, i følge Myhra (2012), at pasienten er med i utarbeidingen av tjenesten sammen med fagfolk. Brukermedvirkningen reguleres fra flere steder i sosial- og helselovgivning fra Helsedirektoratet. Som Myhra sier videre er det gjennom denne tjenesten ment å unngå at brukeren blir passiv mottaker, og i stedet blir en handlende aktør. Det handler om at brukeren skal få være med å forme tiltak som påvirker dem selv, i tett samarbeid med fagpersoner (Myhra, 2012: 64; Myhra 2010). På dette nivået er ikke brukervedvirkning en arena for enkeltindividers behandling, men hvor brukerperspektivet generelt belyses gjennom representanter for brukerne (2012: 69).

Videre argumenterer Myhra at brukervedvirkning oppstår som konsekvens av et respektfullt syn på mennesket, der medvirkningen ses som en selvfølge. Likevel kan det i

følge Myhra være behov for å påminne hjelpeapparatet at denne medvirkningen er viktig. Tanken om hva som er god praksis, og hvordan praksisen styres av rutiner må dermed kontinuerlig jobbes med, dersom en skal få til å implementere betydningen av brukermedvirkning.

Intensjonen bak brukermedvirkning i utarbeiding av tilbud

Stortingsmelding 30 – «Se meg!», belyser at intensjonen er at brukermedvirkning skal tas i bruk mer systematisk, og at en fra utgivelsestidspunktet krever brukermedvirkning i alle nye tilskuddsordninger, blant annet spesialisthelsetjenesten. Stoltenbergregjeringen ønsket å bedre brukermedvirkning og innholdet i tjenestetilbudet, «for å kunne gi et bedre tilbud til personer med rusproblemer» (St.meld. nr. 30, 2012: 23). Dette bidraget ville de styrke gjennom rundskriv, handlingsveiledninger (eksempelvis den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010), opplæring og informasjon (St.meld. 30: 121), fordi de anser denne brukermedvirkningen som avgjørende for å kunne oppnå gode resultater.

For pasienter med behov for koordinerte tjenester ble det gjort et forsøk med tillitspersoner som skulle bistå i dette overordnede ansvaret. Hovedintensjonen var at brukerne selv skulle være aktive i endringsprosessen, med sikte på å fremme innflytelse og sin egen medvirkning, og det bidro positivt til brukerens bedringsprosess (St.meld. 30: kapittel 6).

Etter denne orienteringen om generell brukermedvirkning i utarbeidelsen av behandlingstilbudet, så vil jeg videre i denne oppgaven fokusere på medvirkning i egen behandling for å belyse den enkelte pasients handlingsmuligheter.

8.1 Bakgrunn for brukermedvirkning i egen behandling

I dette avsnittet vil jeg drøfte begrepet brukermedvirkning fra ulike kilder, for å se hvordan denne medvirkningen kan sies å påvirke pasientenes opplevelse av handlingsmuligheter. Først vil jeg se på betydningen lovene har for brukerrettigheter innen behandling. Myhra (2012) og Vatne (2006) trekkes inn for å se på deres forståelse av praksis og utfordringer for brukeren. Deretter skal jeg trekke frem Stortingsmelding 30 (2011-2012) – «Se meg!», og målsettinger fra Stortinget i arbeidet med videre rehabilitering.

Begrepet bruker

Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) endret man bruken av begrepene fra klient og tjenestemottaker, til «bruker». I følge Myhra (2012) har hensikten vært å unngå at ordet bruker blir forstått som omhandlende en stigmatisert gruppe, slik de to andre begrepene var blitt. Helsedirektoratets definisjon av «bruker» er god nettopp fordi den er upresis (2012: 61-64). Med dette inkluderer den de fleste fordi alle kan være bruker i den ene eller andre sammenheng, og «bruker» defineres da slik: en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.

8.1.1 Hvorfor medvirkning i egen behandling

Poenget med brukermedvirkning på et individuelt nivå er å sørge for at brukeren har innflytelse i den behandlingen pasienten er i. En pasient har etter pasient- og brukerrettighetsloven, rett på medvirkning i behandling, og en individuell plan. Det var først ved 'rusreformen 2004' at pasienter med avhengighetsproblematikk fikk samme rettighetene som andre pasienter i behandlingsetatene. Blant annet innebærer det at også LAR-pasienter som er i behandling har rettigheter slik som individuell plan, pasienttransport og fritt sykehusvalg. Pasientrettighetsloven skal sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetslov, 1999: § 1). I retningslinjene til Sosialdepartementet fra 1992, ble brukermedvirkning betegnet som en borgerrettighet, og var ment å omfatte pasienter i psykiatrien (Vatne 2006: 16). Pasienter i rus- og avhengighetsbehandling hadde ikke denne rettigheten før i 2004 da Rusreformen trådte i kraft.

Som en egen rettighet for å sikre unge behandling, ble en egen ventetidsgaranti for de under 23 år innarbeidet i lovendringen fra 2007 og innebar rett for unge med rus eller psykiatrilidelser til vurdering innen ti og behandling innen 65 virkedager. Begrunnelsen lyder at rask behandling kan være avgjørende, spesielt for de unge og deres familier (St.meld. 30, 2012: 99, Pasient- og brukerrettighetslov, 1999: § 2-1b). Det har vært av betydning for behandlingstilbudet informantene i utvalget mitt har fått de siste to årene.

8.1.2 Brukermedvirkning for å jobbe mot et anerkjennende perspektiv

Solfrid Vatne som har skrevet boka «Korrigere og anerkjenne» (2006) trekker frem betydningen av brukermedvirkning. Hun påpeker hvor avgjørende det kan være for behandling, hvorvidt et menneske gis mulighet til å velge, og skape seg et liv på egne premisser.

En *begrensning* på en god behandlingssituasjon er oppfatningen om at pasienten ikke kan ha innsikt i hva som kan føre til bedring i sine egne problemer. Flere studier har likevel funnet at pasienter utvikler mestringsstrategier uavhengig av innsiktsnivået vedkommende har i sin situasjon, og i tillegg er oppmerksom på symptomer og tegn på tilbakefall (Vatne, 2006: 95-96).

Mange pasienter er over lengre tidsperioder i behandling, og her har de hyppig samhandling med behandlere. Noen av Myhras (2012) informanter forteller at de i denne behandlingsrelasjonen opplever en type kontakt som begrenser dem som mennesker. Hun trekker frem eksempelvis «usynliggjøring», som et av de momentene som mange brukere opplever. Dersom pasienten opplever at vedkommende ikke blir lyttet til, eller at det en sier ikke får noen betydning for videre behandling, er det en form for usynliggjøring (2012: 163). Dette kan knyttes til Järvinen og Millers (2010) forklaring av umyndiggjøring fra behandlere som mener de må ta kontrollen for pasientene.

Vatne påpeker at flere studier rundt bedring i behandlingssituasjoner, viser at brukerens egen styrke, deltagelse og relasjonelle forhold med gjensidig bekreftelse, til sammen er de momentene som er viktigst for suksess i behandling. Hun argumenterer dermed for å bygge opp under subjekt-subjekt-relasjon, for å oppnå mer gjensidighet i behandlingssituasjonen (Vatne, 2006: 118-119). Det innebærer at hjelperen tar mer hensyn til pasientens egen opplevelse av forholdene rundt seg. En skal ikke kun bekrefte pasienten slik en selv forstår pasientens situasjon utenfra (objektivt), men rådføre seg underveis om vedkommende sin egen selvforståelse. Dette kommer jeg mer tilbake til i kapittel 9 om veier mot bedring.

8.1.3 Bruker som medvirker, eller en rolleplassering

Som Goffman (1963) minner også Jensen (2006) at vi må huske på at begrepet bruker kun gjelder en rolle i en spesifikk kontekst. Det er en av flere roller vi kan inneha (Jensen 2006;

Goffman, 1963: 172).

Likevel er det ikke alltid slik det fungerer i praksis. Flere av personene i gruppen til Myhra hadde erfaring på at en raskt plasseres i roller, og at både en selv og andre kan ha lett for å tillegge personen kun kvaliteter tilhørende den rollen, fremfor et større spekter av egenskaper og muligheter (Myhra, 2012: 91).

Når en plasseres i slike roller, kan det lett skje at en tillegges negative stereotypiske egenskaper slik Goffman argumenterte. Myhra poengterer at en slik stigmatisering fremtrer fordi vi har normer i samfunnet for kategorier og identiteter som er aksepterte. Stigmatisering oppstår ofte ved at det brukes vi- og de- kategorier, hvor den ene part har egenskaper som i høyere grad verdsettes (2012: 65).

Dermed oppfatter kronisk avhengige individer seg ofte som avvikende og stigmatiserte, og oppfattes òg slik av andre (Järvinen og Miller, 2010). Eksempelvis fortalte en informant hos meg at vedkommende hadde vært ambivalent i forhold til å skulle inn i LAR fordi det betød at han måtte innrømme å ha et problem og var avhengig, og dette var en rolle han opplevde som et stigma.

Meningen med å synliggjøre perspektivet fra brukerne, er for å kunne få frem holdningsendringer. Myhra vektlegger at det er viktig å unngå at de blir satt i en offerrolle i behandling for at de heller blir parter som samarbeider mot konkrete mål.

8.1.4 Samarbeid

På hvilken måte kan brukerne dermed oppleve at medvirkning organiseres? I samarbeid med brukerne, er det blitt mer fokus på hvordan møtene mellom de ulike partene struktureres. Nettverksmøter skal åpne opp for mulige løsninger, uten å sette agenda for møtene, og uten å ha forberedte forslag til løsninger. I sterkere grad enn bruker-medvirkning, er det i denne typen møter fokus på at brukeren skal være den som styrer gangen i møtene. Det er også ansvarsgruppemøter der brukeren skal være den med kontrollen. I denne typen møte skal en ikke overtales til ulike tiltak, men i stedet skal brukeren kunne få oversikt over flere tiltak, fremme sine ønsker, og med ressursene fra gruppen kunne finne veier videre.

I følge Taksdal m.fl. (2006) er de positive sidene ved ansvarsgrupper blant annet at en får bedre flyt av informasjon, og at ansvaret fordeles bedre. Men det er også ulemper som kan sabotere i ansvarsgrupper, slik som hyppig utskifting av medlemmer, eller dersom gruppen er lite beslutningsdyktig (2006: 124).

Utfordringer i å få til brukermedvirkning som en behandlingsallianse

Det er flere faktorer som påvirker hvilke roller som kan oppstå i pasientrelasjonen, og hvilke muligheter for brukermedvirkning pasienten får i tilfriskningsprosessen. Vaglum (2002) har skrevet om denne behandlingsrelasjonen. Behandlingsalliansen som skapes mellom behandler og pasient er viktig for videre forløp av ulike psykiske eller somatiske (medisinsk uforklarlige helseplager) lidelser som er en vanlig kombinasjon for LAR-pasienter (Vaglum, 2002; Legeforeningen, 2002).

Det som kan bli en utfordring i behandling, er det som i psykiatrien omtales som motstand og ubevisste motiver, som finnes i de fleste former for behandler- og pasientforhold. Det innebærer at pasienter kan ha motstand mot å motta hjelp i behandling, og at behandleren kan ha sine egne forventninger til behandlingen og provoseres av mangel på samsvar mellom egne forventninger og pasientens ønske (Vaglum, 2002; 2004: 25+29) (Vaglum 2004). Det viser at relasjonen mellom pasient og behandler krever samarbeid.

I følge Vaglum finnes det ingen fasit for god kommunikasjon, eller hvor ofte samtaler bør finne sted. Myhra mener svaret på dette finnes i samspillet mellom pasient og behandler. Det krever at behandleren tørr å overlate noe av planleggingen til samspillet (Myhra 2012). Relasjoner i behandlingssammenheng er best når observasjon får gå begge veier, og når man unngår at behandlingen låses i en tanke om at det kun er brukeren som observeres av behandleren. For da kan en miste mye av det som er naturlig i relasjonell kommunikasjon. Det samme peker Bøe og Thomassen (2007) på, i det de anbefaler at fagpersonalet bør tenke annerledes om sin faglighet, og erkjenne at de må spille på lag med brukeren (2007: 145).

8.2 Diskusjon: Behandler for pasienten?

Hva møter pasientene på av utfordringer i møte med behandlingsapparatet? Innen behandlingsarenaer er det kjent at det kan være vanskelig å åpne for brukermedvirkning, i følge Myhra (2012). Praksis har basert seg på tanken om at det er behandlere som skal ha en avgjørende rolle i å finne løsninger og ta avgjørelser for pasienten. Behandlingssituasjonen er en asymmetrisk relasjon, idet relasjonen er bygget opp om at den ene skal hjelpe den andre og representerer derfor et utgangspunkt som er utfordrende i seg selv (Myhra, 2012: 107). Behandleren er den som har makt til å ordne hvilke tiltak som settes i gang, og den som har myndighet til å definere avhengigheten og hva som kan være håndterbart for pasienten (Järvinen og Miller, 2010).

Noe av grunnen til at å åpne opp for medvirkning kan være vanskelig, er trolig at for noen individer, representerer mennesker med avhengighet en motpol hvor en har mistet kontroll og ikke lengre kan «ta rasjonelle avgjørelser». Det blir en motsats til de nyliberale idealene om at vi skal være myndige, ansvarlige mennesker som kan ta avgjørelser i egne liv. Det er også denne tankegangen som har styrt innen behandlingsfeltet. De ses i følge Järvinen (2010) som «umyndiggjorte selv», som trenger hjelp i sin håpløse situasjon, og det trekkes et skille fra normalitet (Järvinen og Miller, 2010: 809+814). Rusavhengighet som tilstand kjennetegnes i følge Ravndal av lav kontroll og liten evne til å stå ved beslutninger, og vises ved opprustingen av en sykdomsmodell rundt rusavhengige (Ravndal, 2009: 75-77). Kan de da i denne behandlingen sies å ha handlingsmuligheter med tanke på deres egne ønsker om endring?

8.3 Pasientrettighetsloven

Det neste vi dermed skal se på, er hvordan rettighetene til brukermedvirkning formuleres fra lovverkets side. Hvilke handlingsmuligheter ligger i lovverket? Opplever pasientene at det de har rett på, blir formidlet til dem på en forståelig måte?

Pasientrettighetsloven skal sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetslov, 1999: § 1). En pasient er her definert slik: en som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp. Blant annet innebærer det at alle pasienter i avhengighetsbehandling, og også LAR-pasienter som er i behandling har rettigheter slik som individuell plan, pasienttransport og fritt sykehusvalg.

Den nasjonale retningslinjen, er som nevnt reglementforslaget om forsvarlig behandling av LAR pasienter, fra helsedirektoratets side. De sier i forskriftene sine, at pasientene skal gis bistand i sin innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, med andre ord «spille hovedrollen i sin egen bedring». Pasientrettighetene er ment å sikre god behandling og tilgang på tjenester gjennom stadfestet lovverk.

Pasientrettighetsloven viser til «brukermedvirkning», det at brukerne skal ha mulighet til selv å medbestemme i valg ved behandlingen (Pasient- og brukerrettighetslov, 1999: § 3-1). I praksis er det helsedirektoratet som ser til at lovene som styrer behandlingen gjennomføres. Dermed er det gjennom forskriftene at det bestemmes hvordan praksisen utformes, etter tolkning av behandlingsspersonell. Det fører til ulike praksiser, men etter loven har pasienten rett på medvirkning i egen behandling.

8.3.1 Variasjoner

Med så mange forskjellige ledd i behandlingen av lovene, kan en se for seg at praksis i utførelsen ovenfor hver enkelt pasient varierer i stor grad på tvers av behandlingsinstitusjoner. Hos mine informanter var det svært varierende hvorvidt de hadde kjennskap til om det var en ansvarsgruppe som var tilgjengelig for dem, eller om planen for oppholdet på den aktuelle klinikken innebar andre tiltak. En av informantene i utvalget her, uttrykte at vedkommende ikke visste i hvilken grad han hadde rett på, eller allerede hadde kontaktperson eller ansvarsgruppe. En annen informant nevnte at han hadde tett ukentlig kontakt med ansvarsgruppen.

Noe av grunnen til at samarbeid kan være vanskelig er at informasjonen ofte blir igjen hos behandleren. På denne måten er kunnskap makt, og å vite hva en har rett på, kan styrke pasienten i behandling (se blant annet Myhra, 2012: 165). Som tidligere nevnt er dette en av utfordringene med å gjennomføre brukarmedvirkning, det å bryte med asymmetrien i behandlingsforholdet. Brukarmedvirkning har vært i fokus i denne typen behandling helt siden tidlig 90-tallet. I flere artikler på tvers av land (Reisinger og Picard, 1996; Frantzsen, 2001; Johansen G. H, 2005) har betydningen av å prioritere individrettede tiltak blitt fremhevet. Hva som er avgjørende faktorer for god individfokuset tilrettelegging, skal vi se på i det videre.

8.3.2 En individuell plan som fungerer for brukeren

Individuell plan¹¹ er et virkemiddel for å gi et bedre tilbud til brukeren, og er både et verktøy, og en prosess. Den legger til rette for å plassere brukeren i fokus i sin behandling, og er ment å brukes for å organisere samarbeid.

Poenget med en individuell plan, er at det kan hjelpe til å samordne tjenester og skape helhet i tilbudet til brukeren. Det er et verktøy som kan koordinere og legge til rette for sammensatte tjenester som helsetjenester, pasienttransport, kontakt med behandlingsklinikker, samarbeid med NAV om stønad og eventuelt hjelp til sosialfaglige tiltak som bolig eller arbeid (for en lengre utredning se 'Den nasjonal retningslinjen for LAR' 2010, eller Myhra, 2012: 69-71).

¹¹ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (2004)

Jarle var fornøyd med tilretteleggingen rundt behandling: «*[For] det er individuell behandling ikke sant*».

- «*Ja med individuell plan. Har du inntrykk av at det er det òg*»?

«*Ja, det er det.*»

8.3.3 Ulik praksis ved Individuell plan

Det vektlegges i Myhra (2012) at individuell plan ordnes etter koordinerte målsettinger, gjennom medvirkning og samarbeid. Det er brukerens plan som vedkommende selv skal ha et forhold til. Den kan inkludere blant annet tilrettelegging av tilbud, samarbeid mellom instanser i videre bedringsprosess, og kartlegging av ressurser i forbindelse med sysselsetting.

I praksis fungerer det slik for en del pasienter. En må likevel kunne erkjenne at det vil være mange ulike typer praksis av gjennomføringen, da rettigheten er utformet med individuell tilrettelegging, med svært åpne termer. I noen tilfeller vil individuell plan bli nedprioritert, dersom pasienten er mindre motivert, ikke er tilstrekkelig informert, eller dersom planen er så lite presis at andre ansatte ikke har et konkret sted å starte.

Som Taksdal m.fl. (2006) argumenterer, hender det at planen ikke blir et verktøy som den er ment å være, men i stedet blir et mål i seg selv. I kartlegging av over 80 institusjoner finner de at kun halvparten bruker individuell plan ofte. Det som vanskeliggjør tilrettelegging, er momenter som å involvere brukeren, eller i tilfeller der pasienten ikke ønsker en slik plan. Det er også vanskelig å gjennomføre planen i praksis i tilfeller med pasienter som har spesielle behov. Det kan også være vanskelig å få alle deltagerne til å møtes (2006: 121-122; for flere argumenter se Taksdal 2006). Noen steder brukes planen til å koordinere tiltak, uavhengig av om brukeren ønsker å være med å bestemme betingelser i den. Planen kan på noen områder være nyttig likevel. Problemet oppstår dersom andre instanser ikke forholder seg til eller evaluerer planen, slik samarbeidet krever (2006: 123). Det er i disse tilfellene planen kun blir et mål i seg selv – et mål uten konkret innhold. De konkluderer med at hvis ansvarsgrupper skal kunne fungere, trengs tydelig ansvarsfordeling, og et begrenset antall medlemmer som er engasjert i å oppnå målene.

I tillegg minner de på at alle som har det vanskelig, også har et ønske om et mindre vanskelig liv, selv om dette kan bli mindre synlig i behandlingssammenheng med mye koordinering og mange tiltak på samme tid.

8.4 Handlingsmuligheter ved individuell tilrettelegging i LAR

For å gi noen svar på spørsmål III om informantenes opplevelse av handlingsmuligheter i behandling, skal jeg trekke inn forskjellige syn fra informantenes opplevelser av dette.

To informanter opplevde at behandlingen er blitt tilpasset dem og de behovene de har hatt i starten av behandling og at det har gitt dem flere muligheter i endringsprosessen:

«Jeg har vært her siden oktober og hadde en sprekk [tatt rusmiddel] rett etter at jeg kom hit, og da tok det 2 uker før jeg turte å gå ut av rommet. Så jeg er veldig glad på en måte, at ikke, at det ikke er noe sånn press her, at du tar ting når du er klar for det og tar ting i ditt eget tempo da.»

Om han ikke hadde hatt slike muligheter basert på individuelle behov, er han ikke sikkert på om han hadde klart å bli i behandling og fortette den endringsprosessen han hadde påbegynt. Han opplevde at dette helt klart åpnet for hans opplevelse av handlingsmuligheter i endringsprosessen. Dette gjelder også for mulighetene som ligger i handlingsfriheten som den neste informanten opplever å ha.

«(...) hver gang jeg skulle dratt hjem til mora mi eller noe sånn så har jeg fått med meg for en uke. Og jeg har vært en av de som har gitt fullstendig faen da, så at jeg har fått det syntes jeg har vært jævla allright. Så LAR er faktisk ikke så ille der.»

Når det ikke fungerer derimot tærer det mye på motivasjonen hos informantene. På tross av rettigheter til medvirkning, kan det være vanskelig å få til gode tiltak rundt tilrettelegging i praksis, og å inkludere brukeren i prosessen.

«De har jo faen meg utdanning da, de som jobber der, de kunne bruke den til noe annet enn å jatte om den medisinen. Så syntes jeg egentlig dem kunne brukt det mye mer enn de gjør da. For det, sånn som jeg føler at det er, så er det bare om, 'å komme seg inn i LAR, å få medisiner, også ferdig liksom'.»

Også Kris opplever at LAR-kontaktene ikke får med seg hvor han som pasient er i rehabiliteringen:

«Men jeg syntes kanskje at, at LAR-kontaktene burde fulgt med litt mer, og komme kanskje av og til med en sånn forespørsel om 'syntes du det?' eller, å spørre liksom.»

Hva ønsker brukeren?

«(...) så vi kunne gått dit til samtaler et par ganger i uka og sånne ting da. Og at de setter seg

inn i pasienten litt mer da, at de har satt seg veldig inn i meg da, men ikke sant nå tenker jeg på mange andre. At de setter seg inn i hverdagen, og prøver å samkjøre litt mer da i stedet for å bare gi ut medisiner. «De har jo kompetanse til så mye mer. (...) Ja samtaler og forebygging og, en slags poliklinisk behandling, sånn i stedet for å gå på andre steder liksom.»

«Plutselig så etter 4 måneder så ringer dem og begynner å mase om medisinen igjen. Tenker liksom: 'Ah, gi faen i det da', spør meg heller åssen det går liksom».

Informanten her mener at LAR kunne utvidet tilbudet fra det som etter hans opplevelse var et for stort fokus på kun medisiner, til et samlet sted pasientene kan gå for samtaler og grupper som en del av endrings- og bedringsprosessen. På poliklinikkene har LAR mer opplegg rundt samtaler og ansvarsgruppemøter. Informanten som jeg siterer her, var på en lukket avdeling og møter en annen rutine enn den som er vanlig ved poliklinikkene. Han etterspør et mer helhetlig tilbud for alle LAR-pasientene, som et oppholdssted med fokus på samtaler om det som opptar pasientene.

Som vi ser her, fortalte de tre informantene som har behandling ved klinikkene at de skulle ønske at det ikke kun handlet om medisiner på de individuelle møtene, men at de savnet mer involvering fra behandlerne og at de hjalp til å se de ulike sidene i endringsprosessen i sammenheng. At det var et samlingssted med et opplegg hvor de for eksempel kunne snakke om felles opplevelser og utfordringer, og ha en del av endringsprosessen sammen.

Kjell var den eneste av informantene som opplevde at ansvarsgruppemøtene fungerte, og at han hadde tro på at kontaktene kunne hjelpe til hvis noe oppstod. De tre andre forteller her om det de opplever som dårlig kommunikasjon, ulike mål og mangelfull tilrettelegging. De har alle ønsker i forhold til behandlingen, som de opplever at ikke følges opp. De ønsket tettere samarbeid, en plan om hva som skal skje videre, og hjelp i forhold til boligmarkedet.

Noe av grunnen til at de opplevde at disse tingene ikke er blitt gjort, kan henge sammen med at de var i et tidlig stadium i LAR-behandling, innlagt på ulike behandlingsklinikker eller institusjoner, og at planleggingen rundt det videre opplegget i LAR (som fortsetter etter deres opphold der), ikke var organisert enda.

- «Ja, er det også samtaler og rehabilitering?»

«Ikke hørt noe om. Vet ikke for er her [på avdeling]. Er kanskje annerledes sånn ute etterpå». Likevel tyder dette på at en del av pasientene opplever at de ikke vet hva som skal skje videre, eller hva de har rett på av veiledning. Kanskje kunne noe mer informasjon om det som er

tiltenkt videre i rehabiliteringen vært kommunisert med dem tidligere, og at det førte til at de oppfattet seg som mer deltagende i sin endringsprosess.

Om vi får til å snu noen av de mønstrene vi har om at behandleren bestemmer og kontrollerer behandlingen; der denne asymmetrien blir til ulempe for pasienten, kan det fremtre flere handlingsmuligheter for livsendring på dette avgjørende stadiet for pasientene. På den måten kan man på tross av asymmetri i behandling få til anerkjennelse og likeverd (Myhra, 2012: 108). Dermed kan medvirkning på dette tidspunktet i LAR-behandlingen bidra til en mest mulig positiv endring for pasientene.

9 Prosessen mot bedring

Hva er det som er viktig for bedringsprosessen som informantene er i? Her skal jeg trekke frem fire teoretikers forskning om hva som fremmer en god bedringsprosess, og hvordan en åpner for medvirkning fra brukerne og deres prosess mot egen tilfriskning.

I dette første avsnittet skal vi se på en studie gjort av Vigilant (2008), hvor aktøren og dennes rehabiliteringsprosess står i fokus. Deretter skal jeg trekke frem Skatvedt (2012) og til sist Jensens (2006) og Antonovskys (1991) vektlegging av denne form for recovery.

9.1 Tidligere forskning på bedring - Multiple recoveries

Vigilant L. G (2008) gjorde en kvalitativ studie med 45 metadonpasienter i USA. Han fant at mange i rehabiliteringsstadiet søker nye definisjoner av seg selv, for å oppnå selvrealisering, og unngå stigmatiserende merkelapper. Denne form for grunnleggende trygghet, og det å omdefinere selvbildet, er også avgjørende i Giddens utvikling av aktørteorien, som vi så tidligere (Vigilant 2008): 282). I undersøkelsen til Vigilant, viste det seg at så mange som 82 % av pasientene slet med «multiple recoveries», som handler om at pasienten trenger en bedringsprosess på flere områder i livet.

Vigilant fant at «multiple recoveries» betegner denne kompleksiteten ved avrusningssituasjonen og rehabiliteringen, og det å omdefinere selvet. Å få til multiple recovery handler om å bygge opp om personens ressurser, sterke sider og generelle helsetilstand. Recovery er et fagbegrep som kom fra USA, og ble knyttet til menneskerettigheter og til pasienter i psykiatrien. Skandinaviske oversettelser, som bedring og tilfriskning, er i større grad knyttet til et hverdagsspråk, enn til et medisinsk språk som recovery opprinnelig var.

I følge Myhra er håp og vekst viktige begreper innen tilfriskningsprosessen, hvor målet sjeldent er å bli totalt frisk, men sentrerer seg mot at pasienten får kontroll over eget liv (Myhra, 2012: 125-126). Hun samarbeidet med en brukergruppe, om å formidle denne typen erfaringer. Deltagerne i gruppen hadde i relasjon til å skulle formidle sin brukererfaring i ulike sammenhenger, tilegnet seg strategier for kontroll og håndtering, til bruk i situasjonene de havnet i (Myhra, 2010: 40). På den måten fikk de følelsen av at de mestret situasjonene.

Myhra vektlegger at recovery er en personlig prosess, som styres av deres egen innsats mot en tilfriskningsprosess etter problemer rundt rus og psykiatri. For samarbeid med fagpersonalet eller behandler, innebærer dette at vedkommende støtter oppunder brukerens erfaringer og perspektiver, og skaper et klima for egenutvikling.

En av informantene fortalte hvor avgjørende det hadde vært å få være med å bestemme i bedringsprosessen sin. *«Jeg fikk være med å bestemme, husker jeg var veldig glad for det. Følte at jeg ble hørt, og at de så meg da.»* Pasienten opplevde at vedkommende fikk være med i beslutninger rundt medisin, og ble forklart konkrete grunner til daglig henting av medisin. Informanten opplevde at egen kontroll i behandling var grunnene til at endring var mulig.

9.2 «Pausing» som bedring

Et viktig aspekt ved bedringsprosessen er det Skatvedt beskriver som «pausing» i behandlingssituasjoner, (som blant annet røykepauser representerer). Pausing har egenskap av å være arenaer for mer uformell kommunikasjon. Et kjennetegn med denne typen pause, er formålsløshet – det er ingen hensikt utover seg selv men det er likevel fylt med mening (Skatvedt, 2012: 48).

Pauser blir som uformelle avbrekk fra rollene en har som pasient og behandler. Hun påpeker således hvordan den uformelle kontakten mellom pasient og ansatt er viktig for identitetsbygging og stigmareduisering. En kan i dette få et brudd med statusen som narkoman eller avhengig, sier hun.

For noen kan det tenkes at samtalsens formelle struktur i et lukket rom med temaer som går nært på deres liv, er et stressende moment i en ellers krevende behandlingsform med mye endringer. I flere undersøkelser på rusfeltet (eksempelvis Sandberg 2010, Hammersvik 2012) vises det til røykepauser som en naturlig inngangsport til intervjusamtale. Kan det være at dette likevel ikke er handlingen som binder sammen partene til samtalen, men at det er de uformelle rammene i en situasjon som det; slik Skatvedt illustrerer?

Dersom dette er tilfellet vil det muligens i en kultur som i Norge, ha en noe tilsvarende effekt å samtale over en kopp kaffe eller i det hele tatt avholde intervjuet utenfor rommets fire formelle vegger. En av intervjusamtalene mine ble avholdt utendørs etter forespørsel fra pasienten, og bidro til en åpen samtalsituasjon.

Det som oppstår i pausesituasjonene, oppleves ofte som ekte og tilstedeværende i følge Skatvedt. En får kjenne seg mer som et alminnelig menneske, og for individer som ofte er i en pasientrolle i rehabiliteringssituasjonen kan dette bidra til en betydningsfull endring. Brudd kan åpne for endringsprosessen, og i endringen kan vi se betydningen disse dagligdagse møtepunktene har for bedring.

9.3 Jensens og Antonovskys veier mot tilfriskning

En annen som skriver om aspekter som er viktige i prosessen mot bedring er Jensen (2006). Hun påpeker hvordan recovery handler om å unngå å se rusavhengighet som en stabil tilstand og heller ikke kun som en begrenset rolle, men i stedet handler om å se personen med sine ressurser i sin helhet. Recovery er med andre ord ikke innsatsen, men prosessen som det enkelte individ har mot bedring. Det er bred enighet om at recovery som regel foregår i sosiale sammenhenger. Sentrale momenter i recovery, er orienteringen mot at bedring er mulig, at en tar et oppgjør med de følgene sykdommen har på andre sosiale plan, samt åpne opp mulighetene for at en kan bidra i samfunnet med sine ressurser (Jensen 2006): 24-25).

I et recovery-perspektiv er det viktig å ta utgangspunkt i de virkelighetsoppfatninger som mennesker faktisk forstår sine liv ut fra. Kun da kan «brukerne» få makten over egen tilværelse tilbake (2006: 40-41). En ser dermed at noen beskriver lettelse ved å få diagnostisert sykdommen, mens andre frykter at deres personlige utfordringer blir satt i en kategori og at de blir behandlet deretter. Jensen vektlegger at mennesket både er sin personlige kompleksitet, og sine medisinske symptomer, og en må velge hvilke sider en gjør gjeldende, i enhver sammenheng.

Sykdomsaspektet er på mange måter et sosialt konstruert rammeverk, som varierer på tvers av samfunn og gjennom tid. Hva som er sunt og hva som er sykdom har også med medisinsk terminologi, egne forståelser og samfunnets oppfatninger å gjøre, i følge Jensen. Utfordringene på behandlingsfeltet, oppstår ofte i tilfeller der de profesjonelle fagpersonenes beskrivelser av den som søker hjelp, blir mer virkelige enn personenes egne beskrivelser (2006: 34).

Antonovsky – følelse av sammenheng

Antonovsky (1991) utviklet i tråd med disse forståelsene, begrepet «Sense of coherence» som kan oversettes med «følelse av sammenheng» (Antonovsky i Myhra, 2012: 129). Med dette

ser han på kildene som er helsefremmende, fremfor å se etter grunner til at det er oppstått et helseproblem. På denne måten flytter han fokuset fra problemorientering til helseorientering. Han ser det slik at alle mennesker befinner seg på et sted på en akse, som strekker seg mellom absolutt sykdom med helsehemmende faktorer, til helsefremmende faktorer.

For at en skal oppnå en «følelse av sammenheng», må tre aspekter være på plass. Det som hender må være begripelig, må være håndterbart i forhold til pasientens ressurser, og må oppleves meningsfullt for personen. For at bruker og fagpersonale skal kunne oppnå å jobbe mot et mål, forutsetter det at de har en felles forståelse av behandlingen og at målsettingen er satt i fellesskap mellom dem (2012: 130). Særlig det sistnevnte momentet vil være viktig i begynnelsen av arbeidet mellom LAR-pasienten og fagpersonalet.

Med en tilnærming om at informantenes egne erfaringer er verdifull kunnskap, minner Myhra (2012) at en bør problematisere de ulike betydningene i bruken av «å være ekspert på eget liv». I behandlingssammenheng brukes det for å vektlegge betydningen av «brukerens» kunnskap, mens for enkeltpersonene er det viktigere at fokuset bygges på at de er ekspert på seg selv men kan trenge hjelp til å mestre livet. Å mestre noe er en personlig prosess, men som likevel oftest er knyttet sammen med andres reaksjoner på det vi gjør, samt våre relasjoner til disse andre (Myhra, 2012: 135+137).

Hvis behandlingsapparatet åpner for å forstå brukerne på flere premisser, vil det fremtre mer inkluderende, og åpne for at ulike forståelser av ens egen situasjon passer inn. Det er vesentlig at en ikke kun blir behandlet som en med sykdom, men at en har anledning til å skifte mellom de ulike rollene som en innehar. For å oppsummere, er det med recovery viktig at pasienten blir en del av sin egen bedringsprosess, og medvirker i valgene rundt sin behandling. På samme måte er det med brukarmedvirkning, som handler om å legge til rette for at pasienten får mulighet til å håndtere og ta avgjørelser i sitt eget liv (2012: 168), slik at vedkommende ikke i uvitende må føle seg tvunget til å vente på andres avgjørelser slik Bourdieu (1999) beskriver i «Meditasjoner».

10 Tvang og kontroller

Hvordan skal en kunne fremme selvstendiggjøring og bedring i en behandling som fokuserer sterkt på kontrollmetoder? Kontroller er innebygd i modellen rundt LAR-behandling, som oppsyn under inntak av legemiddelet, henterutiner og urinprøver for å holde kontroll ved mulig inntak av rusmidler. I retningslinjen står det at noe av grunnen til dette, er at det er ønskelig å forsøke å forhindre at disse legemidlene kommer på avveie og komme til skade for andre, og å hindre helseskader hos pasienten (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010). Dermed mener de at kontrollrutiner er en nødvendig forutsetning for å kunne gi ut slike substitusjonsmedisiner.

Som en følge av kontrolltiltakene som er lagt inn i rehabiliteringen opplevde informantene det de forstod som trusler, når behandleren oppdaget ikke-ønskelig atferd fra pasientene eller atferd som brøt med forventningene.

Jeg vil her ta opp det informantene opplevde som trusler om å ta vekk medisinen, og kontroller rundt hentesituasjonen, som tema 4.

10.1 Brukernes opplevelse av trusler:

«Ja, men jeg syns, det er veldig mye trusler, det er alt for mye trusler i LAR da, hvert fall mot oss unge. Ja, 'du er så ung at hvis du gjør ditten og datten, så kan du bare glemme medisinen hvert fall'. Det må gjøres noe med. (...) ja jeg har møtt opp på institusjon bare fordi LAR har sagt at 'hvis ikke jeg gjør det nå, så mister jeg metadonen'.»

Informanten her forteller at han opplever at han føler det er mye tvang når det gjelder medisiner av de kontaktene han har på LAR, og han syntes dette er problematisk. Etter hans erfaring brukes det at han er ung som argument for å få han til å gjøre som de anbefaler.

- *«Ja så de truer rett og slett med å ta vekk den ene motivasjonen?»*

«Ja, også liksom 'det er ingen andre som skal få det lengre liksom'. Så, så jeg tror de fleste går rundt med den redselen da, om å miste'n. Det gjør jeg òg».

«De driver å babler om at 'på grunn av at [du] har dårlig nyrer, så skal du ta den [subutex] og sånn'. Og da prøver jeg å si at 'men hvis dere gjør det, begynner jeg på heroin igjen. Da er det hvert fall slutt, så

- «Men hva sier de da?»

« 'Nei jeg skal la det være for nå'. Det er mye av grunnen til at jeg sa ja til å bli med òg, for hu sa det kan, jeg kan bli med å endre ting for neste, og da syntes jeg det med at de truer med det hele tiden.»

Noen opplevde at det var mye trusler når behandler og pasient ikke var enige om medisin og behandling. I møte med dette som føltes som trusler om at medisinen ville trekkes tilbake, viser en av informantene frustrasjon over hva dette kan bringe med seg fra et pasientperspektiv:

«De truer med det hele tiden, 'drit i det a, det er jeg som er pasienten ikke sant. Det er jeg som, burde bestemme det selv da'. Så sant ikke jeg, hvert fall når ikke jeg ruser meg på andre ting eller blir rusa av medisinen min. 'Så ligg nå unna det liksom'».

- *«Men hvorfor tror du de truer om, om å ta det vekk hele tiden?»*

«Nei de er jo redd da, for atte det skal være demmers feil at jeg har nyresvikt skjønner du. (...) For, mye har med penger å gjøre ikke sant. De er like redd for at jeg skal ha noe e, hva skal jeg si, grunn til å saksøke de for ett eller annet. Men jeg prøver å si at 'uansett så er det jeg som har villet gå på metadon, det er ingen som har tvingt på meg det, så det er mitt ansvar'. Om jeg har lyst å leve 10 år på metadon, eller [pause] kanskje to år til på heroin da ikke sant, så for meg ser jo jeg at det er lyset å stå på [metadon].»

Her kan det trekkes en parallell til pasientrettighetene. Informantene mener at vedkommende som pasient, bør få velge selv å beholde medisinen. Noen ganger ser det ut til å være eksterne hensyn eksempelvis helseskader som er grunnen til at LAR-behandlere overstyrer pasientenes eget ønske om medisin. Spørsmålet en kan stille, er om ikke disse pasientene som myndige unge voksne, har rett på å velge å fortsette med den medisinen de opplever at fungerer for dem.

10.2 Kontroller: 'Jeg vet ikke hvorfor det er sånn'

«Nja, men jeg føler at, de gir egentlig faen i det da [våre liv], det er mer det at noen dør på deres lisens.»

- I: *«Huff da»*

«Det er hardt å si liksom, men det er sånn det er, dessverre. For klart, de syntes jo sikkert det er kjipt at noen dør sikkert, men» (- I: «Vil jo tro det») *«det vil, det veit jo jeg ikke sant. Jeg tror de tenker mest på lisens og, og sånne ting.»*

I forhold til kontroller sier informanten Kris: *«(...) så lenge jeg har bodd her så er det ingen som har gjemt unna noe subutex eller sånn. (...) I den fasen hvor jeg nettopp er ferdig nedrust og sånn så sliter jeg veldig mye med angst og sånne ting, og da er det veldig unødvendig belastning å måtte sitte på en stol og bli observert i 10 minutter til subutexen er smelta. Det syntes jeg er; av og til så har jeg nesten lyst til å bytte til metadon kun på grunn av det liksom»*

«(...) jeg syntes det er en unødvendig belastning da. Også syntes jeg det er litt nedverdiggende faktisk».

Kris opplever at det ikke er noen god grunn til at han må gå gjennom mer angst i den første fasen, kun på grunn av standardrutiner og fordi det er praksis. Dersom det hadde vært mer tilrettelagte ordninger rettet mot individuelle behov, mener jeg det kunne vært unngått at pasienten opplevde så mye ubehag at han nesten valgte et sterkere legemiddel fordi rutinene med kontroller sterkt utfordrer hans psyke så tidlig i behandlingen.

«Jeg henter jo medisiner når jeg henter på LAR utenom når jeg bor her, (...) også går jeg i luka også får jeg medisinen, altså de knuser den vel på LAR, så får jeg medisinen, legger den under tunga også kunne jeg gå egentlig. Men fordi de knuser den så slipper jeg på en måte å sitte der, sånn som jeg må her da. Jeg vet ikke hvorfor det er sånn her, men at uansett om de knuser den her så må man sitte, jeg vet ikke hvorfor det er sånn.»

Igjen kan vi se tegn på det som det jeg forstår som mangel på informasjon om rutinene, og mangel på medvirkning i prosessen. Med ulike rutiner, og ulike grunner til praksisen som utføres, bli det uklart for informantene hva som er årsaken til de strenge rutinene de selv må gjennom.

10.3 Henting av medisiner

Hentesteder av medisin varierer mye fra pasient til pasient. I 67 % skjer medisin-utskriving av lege, som dermed er en viktig part i samarbeidet med LAR for pasienten (Statusrapport, 2012). Behandlingen starter ofte ved de lokale poliklinikkene, og overføres til fastlegene. Deretter forholder de fleste pasientene seg til apotekene, ved henting av medisin.

Informantene i utvalget mitt fortalte hvordan de opplevde å hente medisinen. Noen hentet etter utskriving fra lege på LAR-kontor, andre på apotek og noen inne på døgnavdeling. De fortalte at de møtte ulike rutiner og ulike krav.

En informant opplever å være fornøyd med hentesituasjonen fordi den nesten er slik han ønsker:

- *«Og hvis du kunne bestemme den hentesituasjonen?»*

«Nei da, da hadde jeg egentlig henta to ganger i uken, det hadde ikke hatt noe å si om jeg hadde måttet ta noe av det der, og fått med meg for lørdag/søndag eller noe sånt noe. Og det er nesten sånn som jeg har det nå.»

En annen nevnte på at utleveringsstedene i stor grad gjør henting vanskelig på grunn av hentetidspunktene:

«Da måtte jeg helt opp hit før 11 for å, eller før 9 eller jeg veit da faen, for å hente subutex. Og hvis du kommer 1 minutt for sein, så smekker dem porten og ber deg komme tilbake i morgen.»

«Så når dem gir meg medisiner for to dager, så holder det bare en og en halv. Og da er det en halv dag hvor jeg går rundt og har det helt jævlig. Så det første jeg må gjøre når apoteket åpner, det er å løpe inn på apoteket og hente medisiner. Og det er liksom, det er den samme følelsen jeg hadde når jeg [var] heroinist det.»

Informanten opplever at kontrollen rundt det å hente medisin, gjør at han ikke erfarer noen endring fra det å være stoffbruker.

Kjell kommer inn på andre momenter som vanskeliggjør henting av medisin:

«Men det er bare det att dem gjør ting på spesielle måter kun fordi det er protokoller og det er litt sånn teit grunn.» (...) «så har jo apotekene starta med sånn klokke, for at det er departementet som sier at, de som jobber på apoteket dem bruker ikke så mye tid på LAR-pasienter som de da sender rapporter videre om at de gjør. Så hver gang noen må hente subutex eller hva det skal være, så setter dem på en sånn tre-minutters klokke bare for å vise statistisk sett at dem faktisk bruker en god del av, altså noen av timene av dagene til det.»

Her forteller Kjell hvordan han oppfatter at praktiske kontroller rundt tid og ressurser, stresser hentesituasjonen. Han opplever seg stresset på grunn av at hans behov som pasient kommer i annen rekke, fordi apotekene og hentestedene har mange formaliteter å forholde seg til, fra rapporteringer om tidsbruk til sikkerhetskrav for utdeling. Som pasient opplever han at det er lite fokus på hans situasjon midt oppi alle krav, forventninger og rutiner. Han mener dette fratar han muligheten til å ha en rolig situasjon i det å være pasient og kunde på apoteket.

Som vi ser her, har noen pasienter gode erfaringer av hentesituasjonen, mens andre opplever seg stresset på grunn av krav og kontrollrutiner. To grunner for disse kontrollene er frykt for at medisinene skal selges til andre, eller at pasienten bruker stoff ved siden av medisinen.

Fordi stoffbruk er en handling som i dag ligger i spennet mellom straff og rehabilitering, praktiseres streng kontroll av LAR-pasienter og deres medisinhandling. Dermed er det slik at hensyn til sikkerhet, som regel trumfer helsehensyn og pasienthensyn (Giertsen, 2012: 596). De er en brukergruppe pasienter som blir satt mellom rettigheter og krav, og må forholde seg til dette i sin bedringsprosess. Om vi likevel utfordrer våre holdninger om hvordan vi plasserer deres behov og våre behov i forbindelse med tidskrav og kontrollrutiner, kan vi muligens finne løsninger som fungerer bedre også for denne pasientgruppen. I påfølgende avsnitt skal jeg se hvordan noen apotek beskriver denne praksisen fra sitt perspektiv.

Apotekenes rolle ved medisinventing:

Apotek 1 i Asker har cirka 40 LAR-brukere. LAR-ansvarlig på det apoteket uttaler at de har følgende erfaring med utdeling:

- Vi blir godt kjent med dem og de med oss
- De fleste oppfører seg helt greit
- Dersom de er utagerende og oppfører seg dårlig, må de bytte apotek hvor de kan få en ny sjanse

I avslutningen kommuniserer hun: «Normale omgivelser har en gunstig effekt på folk», og med dette støttes det opp under betydningen av at en forholder seg til hverdagslige settinger, og at en ikke plasseres utenfor samhandlingsarenaer (Apotek1, 2012).

10.3.1 Diskusjon

Som informantene kommenterte, kan det oppleves som krevende å måtte møte opp og hente medisiner hver dag i apotekets åpningstid. Mange får etter hvert mulighet til å hente for en uke av gangen. De apotekene som fast er nattåpne, har som hovedregel ikke tilbud om henting. Noe av grunnen som gis av de ansatte, er at det er ønskelig med en form for struktur ved henting. En kan stille spørsmål ved om vi kunne fått like gode, eller bedre rutiner om vi åpnet for utdeling på kveldstid kl. 16-20, fremfor på dagtid. Det kan hende at det i utgangspunktet er et mindre gunstig tidspunkt med hensyn til kundestrømmen som bruker

apoteker på kveldstid, men kanskje kunne LAR-pasienter også få mulighet til å hente sine resepter på kveldstid? Kanskje det vil bli mulighet for endringer og tilrettelegging når det over tid blir en innarbeidet praksis, men kun dersom hensyn til brukergruppen blir prioritert som kunder med samme rettigheter som andre kunder.

Samtale med informantene om at de føler seg forvirret med tanke på medisinrutiner, viste at det kunne være gunstig med en åpnere kommunikasjon mellom pasient og behandler om årsaker til kontrollsysteemene de må gjennom, som daglig henting med observasjon og urinprøver. Det kunne åpne for en mulighet til å være aktør i egen behandling, slik Giddens vektla, og gi en opplevelse av mer kontroll i endringsprosessen.

Som Kris sier: *«Men jeg tenker (...) at det hadde ikke gjort meg noe å kunne ha med medisinen liksom, eller ha med for en uke av gangen og sånn og, føle meg litt mer som et normalt menneske etter hvert»*

11 Konsekvenser av kontroll for pasientenes endringsprosess

I hvilken grad er pasientens ønske vektlagt i tråd med pasientrettighetene – med tanke på medisin og rutiner, og hvilke andre hensyn trumfer pasientenes egne preferanser? I denne delen av oppgaven skal vi se på noen av styringsaspektene, ved hjelp av et par konkrete eksempler. Først skal vi se hvilke ønsker informantene vektlegger i intervjuene, spesielt i forhold til medisiner. Deretter skal jeg trekke frem noen konkrete styringskrav fra retningslinjen, og så utøvelsen i praksis ved den rent administrative utdelingen fra apotekene og LAR-klinikkene. Til sist vil jeg knytte sammen disse tre nivåene for å kunne fremstille et mer flersidig perspektiv på hvordan det kan oppleves å henge sammen i praksis.

11.1 «Kontrollmetoder»

Kontrollaspektene er en vesentlig del av LAR, og er svært fremtredende og styrende for informantene som er i behandling. Det er selverkjent at det er stor grad av kontroll innen LAR-behandlingen. I retningslinjen skriver de følgende:

«Kontrollnivået i LAR er høyt. Kontrollen medfører erfaringsmessig at mange pasienter opplever stor grad av umyndiggjøring. Særlig gjelder dette den første tiden etter oppstart av behandling, en periode som anses som svært viktig for etablering av gode vaner. Paradoksalt nok vil dermed oppstarten i en behandling som har selvstendiggjøring og normalisering av livssituasjonen som mål, kunne oppfattes som et ytterligere kontrolltap. Dette kan motvirkes ved å legge stor vekt på brukermedvirkning og informasjon» (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 5.1 Brukermedvirkning).

Her kommer det frem et sentralt moment ved gjennomføringen av LAR-behandling i praksis. Som vi så i kapittel 8 er brukermedvirkning en sentral rettighet pasientene har. Mitt materiale viser at informantene opplever mangel på brukermedvirkning – som hindrer dem i å få en behandling som fungerer for dem. Utsagnene deres kan tolkes som at de opplever at kontrollmetodene overstyrer og umyndiggjør dem og deres ønske om å medvirke. Flere av pasientene ønsket å starte arbeid eller utdanning, men opplevde at mulighet for dette ikke ligger til rette, fordi de daglig må hente medisiner. Et funn som kom frem i samtalene, er at

flere av disse informantene på grunn av dette følte på en umyndiggjøring, i en behandling som skal støtte opp om selvstendiggjøring. Disse henterutinene blir likevel liggende som en forutsetning for behandling som pasienten ikke kan påvirke, på grunn av myndighetenes ønske om beskyttelse mot videresalg, og oppsyn med eventuell blandingsbruk.

Forutsetningene (fra Myndighetene – gjennom retningslinjen) som legger betingelser for kontroll ovenfor LAR-pasienter, er med å påvirke praksisen i behandlingen. Noen av de mer retningsgivende for informantenes opplevelse av kontroll – som er et fokus i denne oppgaven, er antagelsen om videre salg av medisiner som kontrolleres ved daglig henting, og antagelsen om blandingsbruk med rusmidler som kontrolleres med urinprøver.

I retningslinjen legges statusrapporten fra 2008 til grunn, som viste at kun 6/10 har god rusmestring og dermed at urinprøver er det mest objektive hjelpemiddel for å vurdere rusbruk. En annen forutsetning som legges til grunn for behandlingen er at LAR har vært bygget opp med mål om full avrusning før oppstart (2010: 8.3 Avrusning før LAR). Dette har vært med den hensikt å minimere faren for overdose, og redusere rusabstinens. Slik opplevde en informant disse kontrollmetodene: *«Kan minne litt om en sånn slags meldeplikt-greie, med kriminalomsorgen. Ja det kan det gjøre. Som tar urinprøve og melder deg inn liksom.»*

Disse kontrollmetodene som er de føringene myndighetene legger gjennom retningslinje og betingelser for behandling, betraktes som nødvendige og ikke et for sterkt hinder for selvstendiggjøring. Et funn fra intervjuene, viser at informantene opplevde at denne selvstendiggjøringen ikke ble vedlikeholdt på tross av kontrollmetodene med brukervedvirkning eller informasjon.

Det har vært foreslått spyttprøver til fordel for urinprøver, da det kan oppleves som mindre kontrollerende. I stortingsmelding 30 – «Se meg!» (2012) argumenteres det for dette alternativet, men i praksis har det ikke vært gjort store utskiftninger av metode for å sjekke rusbruk. Det kan henge sammen med at det krever avansert utstyr som oftest er kostbar, og det krever organiserte tiltak for å endre praksisen flere steder (St.meld 30: 91). Det er likevel grunnlag for å sette spørsmålstegn ved hvorfor denne optimismen ikke førte til synlige endringer. Det fremkom også at denne analysen er mer tidkrevende enn prosedyren med urinprøver, og det er mye som tyder på at dette er det svake punktet for endringen.

Er det sterkt grunnlag for å frykte videresalg blant denne aldersgruppen, slik at det er behov for å kreve strenge kontrollmetoder som begrenser handlingsmulighetene deres? Dette er spørsmålet jeg vil ta opp mer utførlig nå. I retningslinjens forskrift står det om antagelsen om videre distribuering, at «fra flere land rapporteres illegal omsetting». Det kommuniseres at

det på bakgrunn av dette er nødvendig med kontrolltiltak. De legger dermed som en forutsetning at det er fare for at pasienten kan selge det, og derav følger den kontrollerte daglige henting den første perioden. Samtidig vektlegges det at utleveringsordninger må utformes slik at det muliggjør så normal deltagelse i dagligliv som mulig (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: 9.2 Generelt om utlevering). Om de opplever at ordningene tilrettelegges for en tilnærmet normal deltagelse i dagligliv, skal jeg ta opp her.

11.1.1 Kontroll som forutsetninger ved medisinalvalg og medisinhenting

Pasientene må forholde seg til en kontrollert situasjon rundt medisiner og behandling. De hovedtrekkene jeg har trukket frem om endringsprosessen informantene har om medisinerutiner er; deres opplevelse av tvang i forhold til medisin, oppfattelse av medisinerne subutex og metadon, og deres holdninger til blandingsbruk. Fellestrekket er at alle tre kan knyttes til spørsmålene om medvirkning og kontroll, med tanke på hvilke handlingsmuligheter og valg pasientene i realiteten har i egen behandling. Hvilke valgmuligheter har de eksempelvis i medisinsituasjoner?

Informantenes ønsker om selv å velge medisin er overordnet støttet av pasientrettighetene. Samtidig er rettighetene delvis redusert av Den nasjonale Retningslinjen for LAR (2010: 8.1 Valg av legemiddel), som har noen konkrete anbefalinger når det kommer til hvilken medisin en skal settes på som vi skal se. I tillegg ser det med utgangspunkt i datamaterialet ut som retningslinjene praktiseres mye friere i forhold til å kunne sette krav, forventninger og betingelser ved medisiner, spesielt ovenfor de unge pasientene. Som Taksdal (2006) argumenterer; er det ikke legitimt å kalle noe hjelp, hvis det er disiplinering og normalisering for samfunnsbeskyttelse det handler om (Taksdal m.fl. 2006: 148).

Kontrollsystemene de må gjennom, slik det fremkommer av den nasjonale retningslinjen (2010) er daglig henting og observasjon for å kontrollere medisinerutiner, og urinprøver for kontroll av rusmestring.

Med frykt for at medikamentene selges videre, kreves det daglig henting av dem i starten. Jarle er positiv til dette kontrollsystemet:

- «Ja, men for meg da, så kan jeg si med en gang at det er likeså greit, for de gangene jeg har fått med for en uke og sånt, så er det endt opp med at jeg har tatt alt sammen. Også har jeg gått med halen mellom beina.» (...)

En annen grunn er: *«så jeg syntes egentlig det var greit å hente hver dag jeg, for da hadde du på en måte noe å stå opp til.»*

Særlig to momenter legger spesielt sterke føringer på henting i praksis. Det ene omhandler daglig henting, og det andre handler om tidskrav ved henting, som vi har sett ved sitatene i kapittel 10. Tidskravet handler om at pasientene flere steder må hente medisinen mellom klokka 9 og 11, eller før klokka 9 for noen medikamenter. På apotekene, må medisinerne hentes innen noen tidsrom, ofte innebærer det arbeidstiden før klokka 16.00.

Denne informanten sier noe om hvordan kontrollmetodene kan legge begrensninger på selvstendigjøringen: *«(...) det er ikke så greit hvis du har jobb og sånn da.»*
«Men det er klart det som gjør det vanskelig med det stabile livet (...) sånn da med å skulle hente hver dag, når en skal være i jobb eller skole.»

Max opplever også mangel på muligheter: *«Vil i skole men sånn med henting av medisiner, så blir det ikke noe av det nå».*

Henting av medisin fører med seg komplikasjoner rundt den daglige rutinen for flere av informantene. De fortalte at de erfarte at de måtte sette livet på vent, når det gjaldt jobb eller skole, på grunn av at de måtte møte opp innen hentetidene til apotekene og poliklinikkene for å få medisinen sin. Järvinen fant i samtale med sine 30 informanter, at de også slet med den daglige ordningen med å kombinere arbeid og henting av medisin i starten av behandlingen (Järvinen og Miller, 2010: 817).

En kan da spørre seg om det er tilstrekkelig grunnlag for å frykte videresalg fra LAR-pasienter generelt, og hvorvidt den eventuelle frykten for dette legitimerer den begrensningen kontrollmetodene legger på ønsker som arbeid og utdanning. Alle informantene i utvalget var svært tydelige på at de ikke hadde noe ønske eller intensjon om å selge medikamentene. To informanter fortalte de hadde kjøpt metadon på det ulovlige markedet, men opplevde ikke det som problematisk. Et funn var at de oppfattet at det var «feil» å selge medisinerne men positivt at de fikk kjøpe det da de trengte det, etter deres erfaring.

Av informantene forstod jeg det slik at pasientene har mulighet til å redusere antall hentedager i uka, når de har «rene prøver» og ikke har blandingsbruk. Dette settes som et mål på om de har god rusmestring (slik det beskrives i retningslinjen), og får større frihet med tanke på å disponere medisinerne selv. Når de har mulighet til det, opplever de at det er flere muligheter for arbeid og utdanningsrutiner som fungerer.

Tre informanter sa at de selv opplevde å være klar for den delen av prosessen å starte med

arbeid eller skole i den perioden de var i nå stabilisert på medisiner, men at det ikke var noen kommunikasjon med LAR-behandlerne om hvordan de kunne komme i gang med disse handlingsmulighetene. De to andre informantene hadde åpen kommunikasjon med LAR-konsulentene og visste hva de måtte gjøre for å få mulighet til å starte den delen av prosessen.

Dermed mener jeg at det virker som løsningen ligger i mer åpen kontakt mellom LAR-behandlere og pasientene slik at ikke pasienten må stoppe sin endringsprosess med arbeid eller utdanning, fordi behandlerne ikke kommuniserer hvordan pasientens mål kan samkjøres med kontrollkravene fra LAR-behandlingen. I tillegg blir åpenhet i behandlingen viktig for at poenget med kontrollsysteemene kan komme tydeligere frem, slik at pasientene kan overføre det til selvstendigjøring og egen kontroll i den behandlingen de har ønsket. Uten disse momentene kan det se ut til at informantenes endringsprosess stopper opp, med tanke på slik Bourdieu beskriver endring gjennom en frihetsmargin. De har sluttet med tidligere vaner, endret handlingsmønster og forsøker å leve på en annen måte. Etter å ha skapt slike nye muligheter for seg selv, opplever noen informanter å sitte fast i de kontrollrutinene som er plassert i behandlingen. Dette er grunnen til at informasjon og medvirkning bør vektlegges, slik at handlingsmulighetene forblir åpne.

Ved en slik relasjonell kontakt som Vatne (2006) og Myhra (2012) argumenterer for, kan pasienten bli møtt i den prosessen han/hun selv er i. Pasienten kan få brukermedvirkning i egen behandling og oppleve at endringen i LAR blir en del av deres endringsprosess.

Gjennom mulighet for medvirkning kan de slik Giddens viste, få handlingsmuligheter til å bli individer med myndighet i sitt eget liv. Kun slik har pasientene mulighet til å samkjøre den habitusendringen de opplever, med den livsendringen de får gjennom LAR.

11.2 Valg og tvang ved medisin – hva med pasientens ønske?

Ved medisinalvalg står det i utgangspunktet mellom legemidlene buprenorfin og metadon, slik vi så i delkapittel 5.2. Etter å ha trukket frem sitater fra informantene, ble et tydelig funn at det for informantene og kanskje for andre unge pasienter blir insistert på legemiddelet buprenorfin – som subutex, og dersom pasienten har ønske om noe annet, kan det være vanskelig å få gjennomslag for det. Hvilken betydning har dette for endringsprosessen deres, og for hvilke handlingsmuligheter de opplever å ha? Her skal jeg trekke frem hvordan de unge pasientene opplever sine muligheter ved medisinspørsmål, i det de møter føringer og

overbevisninger om at de yngste i behandling bør starte med buprenorfin.

Når det kommer til medisinalvalg, skal først og fremst pasientens ønske vektlegges. Samtidig er en anbefaling i retningslinjen at buprenorfin, som subutex bør være et førstevalg i substitusjonsbehandling, eventuelt i kombinasjon med nalokson (for å unngå forgiftning, og normalisere respirasjon) som i suboxone (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010: 8.1 Valg av legemiddel).

En av informantene forteller om sterk uenighet mellom han selv, behandler og LAR-lege over lang tid før han fikk lov til å starte med metadon, som han selv i mange år hadde ment at var det eneste som fungerte for han: *«Men det, for å si det sånn, det var jo mye krancling i starten. Og den dagen jeg fikk vite at jeg fikk metadon da var jeg så, jeg blei så glad.»*

De andre hadde selv ønsket å ta subutex, og det var derfor ikke problematisk med tanke på hvilke handlingsmuligheter de hadde. Vedkommende som opplevde å kun få til livsendring av vaner og handlingsmønster når han tok metadon, oppfattet å ha svært få handlingsmuligheter når han ikke fikk det legemiddelet han ønsket. De første årene av LAR-behandlingen fortsatte han derfor bruk av heroin eller kjøpte metadon ulovlig. Av disse grunnene mener jeg bevissthet rundt disse føringene i LAR-behandlings praksis kan være av betydning, og det vil være viktig å vurdere om denne overstyrende praksis som ikke er presisert i retningslinjen (2010), i hvert enkelt tilfelle er til pasientens beste.

Alle informantene fortalte at det var blitt insistert på at de skulle ha buprenorfin-behandling (subutex eller suboxone) da de startet LAR-behandling.

(...) «de hadde tenkt å sette meg på null da. Men da sa jeg at, (...) 'altså sånn som jeg føler meg nå så kommer jeg enten til å gå amok, eller så kommer jeg til å skrive meg ut og gå å sprekke'. Med mindre jeg kan få noe, en slags form for medisiner. Og da anbefalte dem suboxone».

Jarle forteller at det kun var buprenorfin han fikk tilbud om: *«hun som jeg hadde [på LAR] hadde villet at jeg skulle ha metadon, det hadde hun villet lenge, men jeg fikk ikke det for det liksom»*

Som tidligere nevnt er suboxone det legemiddelet med lavest risiko for forgiftning knyttet til inntak. Problemet for to informanter i dette utvalget, som tidlig mente at kun metadon fungerer for dem, er at det er vanskelig å få medisiner som fra den nasjonale retningslinjen blir beskrevet som mindre gunstige under oppstart. Dette så vi eksempler på ved noen av sitatene fra informantene i delkapittel 5.2 om de to forskjellige medisinene.

Informanten som brukte metadon fortalte hvor vanskelig det var å få det legemiddelet: «Så de skjønnte vel at det funka ikke, kommer aldri til å få i meg det greiene der [subutex]. (...) Etter masse krangling fra meg da (...), så fikk jeg tilbud om [metadon]». «Det er liksom ikke så mange som ser det på meg, at jeg er ikke noe sløv eller sånn som mange andre blir av det, og da tenker jeg at det er en grei medisin for meg.

Videre sier informanten: *Hvert fall de første årene nå liksom, så får jeg heller ta også gå av det etter hvert*». Dette viser til et funn i analysen som var overraskende, som gikk ut på at de fire informantene i utvalget opplevde at de ble rådet til å trappe ned og slutte med medisinen etter en stund. Dette står delvis i strid med de generelle anbefalingene i den nasjonale retningslinjen for LAR. «*Avslutning av substitusjonsbehandling bør frarådes med mindre det er god grunn til å tro at pasienten vil klare seg uten opioider.*» (2010: 13.1 Frivillig avslutning). LAR har ikke som mål at pasienter som begynner denne medisinske behandlingen skal slutte med medisin, men de kan bistå dersom pasienten uttrykker å ønske dette. I samtaler med informantene er det ikke klart hvem av partene som har fremmet forslaget om å slutte med medisin, men det er tydelig at dette vurderes langt hyppigere for disse unge pasientene, enn en skulle forvente basert på anbefalingene.

Når alle informantene hadde som mål å slutte med substitusjonsmedisinene, kan en forstå det slik at selv om LAR ikke er tiltenkt å være en behandling en skal trappes ut av, er det med de yngste pasientene praksis å starte behandling med intensjon om å trappe av medisinen?

Det kan virke som at slike særvilkår som insistering på buprenorfin og anbefalinger om å slutte med medisiner som ikke gjelder de andre voksne pasientene, bestemmes for de yngre på grunn av deres lave alder. For de pasientene som selv hadde et mål om å slutte på medisiner er ikke denne ordningen en begrensning, men det har større påvirkning på endringsprosessen og på opplevelsen av handlingsmuligheter for de som starter behandlingen uten dette utgangspunktet.

12 Variasjoner i informantenes endringsmuligheter

I dette kapittelet skal jeg se på de to første temaene fra datamaterialet om endringen i LAR-behandling som nye rutiner og begrensninger på handlingsmuligheter, i sammenheng med tema 3 og 4 om deres opplevelse av medvirkning og egen kontroll i behandlingen. Gjennom disse temaene har jeg tatt opp de tre spørsmålene fra introduksjonen som sammen kan belyse noen sider ved problemstillingen.

Deretter skal jeg ta opp hvilke handlingsvalg de har på tross av en kontrollert behandling, forholdet mellom rettigheter og ønsker samt betydningen det har for habitusendringen de går gjennom. I hovedsak vil jeg fokusere på hva de opplever at er viktig for en godt tilpasset endringsprosess.

Tema 1: Videre endring i LAR-behandling

Når det gjelder hva som var viktig endring for mine informanter i LAR-behandling, var det tydelig at det handler om endringen fra hvordan de var mens rusjaget var det viktigste og hvordan de mener de er nå. I tråd med Bourdieus teori, hadde de en opplevelse av å ha endret handlingsmønster, vaner og væremåter slik jeg ser etter i spørsmål I. For flere er rammene rundt behandlingssituasjonen, samt beslutningene de har tatt på dette stadiet det som gjør at de opplever dette vendepunktet som annerledes med tanke på endringsmuligheter før og nå.

Tema 2: Samtale og medisin

Det andre spørsmålet som er tatt opp i denne oppgaven, er hvilke muligheter for endring pasientene opplever å ha i behandling gjennom medisiner, samtaler og samarbeid. For noen pasienter representerer LAR hovedsakelig medisin, og for andre er det samtalene og planleggingen sammen med LAR-konsulentene som har hjulpet dem i denne livsendringen.

Det som beskrives som samtaler og samarbeid inkluderer som nevnt flere momenter i behandlingen. Det kan innebære ansvarsgruppemøter med samarbeid rundt det som kreves for å finne en løsning på økonomi og bolig, i tillegg til samtaler om hvordan behandlingen fungerer.

Hvorvidt samtaler og samarbeid, eller medisiner er det mest betydningsfulle for endring på dette tidspunktet varierer mellom informantene, men alle nevner begge sidene av

behandlingen i løpet av intervjuene. Felles er ønsket om et mer sammensatt rehabiliteringstilbud, for å skape videre mulighet for endring samt å opprettholde de nye vanene og handlingsmønstrene.

Når det kommer til metodene som styrer medisinhenting, er hentepraksis og opplevelse av henting svært varierende med tanke på hvilke muligheter de opplever å ha. Kris og Max mente LAR-hentestedene er fleksible og tilpasser dosemengde etter hva pasienten har behov for. Jarle og Kjell mente det er så mye variasjon på tvers av hentestedene at de aldri vet hvordan de skal forholde seg til det. Jarle mente at daglig henting var greit i den fasen han var nå for da hadde han en fast rutine, men at det bør være like rutiner på de ulike hentestedene.

Samtidig kan daglig henterutiner være problematisk for de som i denne fasen ønsker å ta mer utdanning eller starte i jobb, og de i den endringsprosessen trenger mer frihet. Intensjonen videre er at når de har vært i LAR en stund og viser riktig kontrollert bruk av medisin og eventuell rusmestring, får de fleste større frihet med tanke på medisinhenting. Problemet kan se ut til å være at pasientene ikke alltid vet hvordan krav, rusmestring og frihet ved medisinhenting henger sammen, og de mister kontroll over endringsprosessen sin.

Tema 3. Muligheter og brukermedvirkning

Alle informantene fortalte at de opplevde at prosessen rundt bolig og arbeid var det som kunne legge sterkest begrensning på mulighetene de hadde for endring. På noen vis var de senere ute med denne fasen i livet, enn mange jevnaldrende som entrer boligmarkedet i 18-20 års alderen (SSB, 2009). Jarle nevnte på at slik han så det, strevde de fleste han kjente på boligmarkedet; også de vennene som var «nykter».

To av informantene hadde ikke noe samarbeid gjennom LAR med andre samarbeidsparter for å finne løsninger på boligsituasjonen. De mente det eneste LAR kunne hjelpe til med var hospitsplass. Det kan i disse tilfellene være at mangel på samarbeid med kommunen kom av at de for tiden bodde der de fikk behandling og dermed praktisk sett ikke var i behov for dette akkurat nå, men personlig hadde de begynt å bekymre seg allerede nå.

Graden av informasjon og tilbud var påfallende varierende på tvers av de fire informantene som var i samme rehabilitering. Det kan muligens være at siden behandlingen er individuelt tilrettelagt, blir det slik at informasjon og tilbud om bolig og medisinhenting tas opp fortløpende etter hvert som pasientens situasjon endrer seg. Likevel var det slik at pasientene i dette utvalget fortalte om mangel på informasjon, og opplevde at det var dette som oftest hindret at de fikk medvirke i beslutninger og begrenset handlingsmulighetene deres.

Et tettere samarbeid med pasientene om prosessen i rehabiliteringen de startet, ser jeg som kun fordelaktig for behandling, etter samtale med informantene. Å være en aktiv del av de nye situasjonene de plasserer seg i, gir mulighet for en positiv endring for individer som begynner å ta aktivt kontroll i egne liv. Det er dette jeg etterspør i Spørsmål III.

Informantene har forslag til hvordan de kan oppleve mer medvirkning og involvering i behandlingen, ved hjelp av et åpent tilbud rundt det de trenger støtte til i rehabiliteringsprosessen.

Tema 4: Tvang og kontroll

Som videre svar på Spørsmål II så vi at informantene opplever begrensninger på endringsprosessen med nye vaner og handlingsmønster, på grunn av noen aspekt ved kontrollmetodene som tidsbegrensningene og det inkonsistente ved henterutinene.

Informantene opplevde også det de kaller trusler med hensyn til medisin. De er redde for å miste medisinen, og redde for at de må ta en annen enn den de selv ønsker. De opplever at alderen deres brukes som et argument for at behandlingspersonellet bestemmer hvilken medisin de mener pasienten skal ta. Noen ganger er det også fysiske sykdommer hos pasienten som fører til at behandlerne bestemmer. Hva skjer hvis pasienten ønsker noe annet enn anbefalingene? Det kan se ut til at «retten til å skulle høres» på sine ønsker, blir trumfet av behandlernes avgjørelse av hva de mener er det beste for pasienten. Hvis ikke pasienten går med på det, så stopper behandlingen med medisiner. En av informantene mener at å la pasienten få muligheter til selv å velge mellom medisinene buprenorfin og metadon, bør være bedre enn at pasienten alternativt går tilbake til tidligere handlingsmønster og begynner med heroin igjen.

Informantene forteller at de forstår grunnene til kontroller som urinprøver og sier at de syntes det er greit at de som LAR-pasienter må hente medisinen sin. Det som begrenser endring av handlingsmønster og deres handlingsmuligheter er at det må skje på noen konkrete begrensede timer på dagen, og at de må forholde seg til mange ulike protokoller for utdeling på de ulike apotekene, poliklinikkene og døgnklinikkene. De oppfatter at om praksisen hadde vært mer konsekvent ville det gjøre endringsprosessen lettere, og gi dem flere handlingsmuligheter til å ta valg i egne liv.

12.1 Anbefalinger og egne valg?

«Ja. Og sånn i forhold til det å slutte på LAR-medikamenter og, det er liksom meningen at man skal liksom ta det når man er klar for det og sånn ikke sant».

Som vi så kom det også frem at alle informantene hadde fått forståelse av at det var sikrere å gå på buprenorfin, dersom de hadde en tanke om å slutte helt på legemidlene etter hvert. Dette var det mest overraskende funnet i analysen, og tar opp forholdet mellom endringsprosessen i LAR og mulighetene etter LAR.

I retningslinjen er anbefalingen formulert slik: [*Buprenorfin ser ut til å gi*] «*noe mindre sterke abstinensfenomener når man slutter med preparatet (...) Det er på dette grunnlag hevdet at det er lettere å slutte med buprenorfin enn med metadon, uten at dette er entydig dokumentert*» (Den nasjonale retningslinjen for LAR, 2010). Gikk de dermed på buprenorfin fordi det er mindre overdosefare, eller fordi de ble anbefalt å slutte med medikamentet etterhvert?

I tolkningsuttaalelsene fra Helsetilsynet uttrykkes det at Suboxone anbefales ved kortvarig nedtrapping, fordi det har lavest misbrukspotensial (Helsetilsynet, 2011).

Dersom de ikke var blitt overtalt til å slutte, men at det er de yngste i LAR-behandling som selv går inn i rehabiliteringen med en intensjon om å slutte, så er dette et interessant funn. Muligens opplever de at rusmiddelbruket har vært en periode i livet deres, som vi har vært inne på tidligere, og at de ønsker hjelp for å få helt til den endringsprosessen de er inne i med endring av habitus, situasjoner og vaner.

Dersom det viser seg at de ofte klarer å slutte med medisinen og ikke har stoffbruk, vil dette være en ny måte å ta i bruk LAR-behandlingen som et middel i endringen og ikke et mål i seg selv. Da vil det være konstruktivt å se etter nye løsninger rundt kontrollmetoder og brukermedvirkning, for at endringsprosessen og motivasjonen rundt nye muligheter skal opprettholdes.

12.2 Rettigheter og ønsker hos pasientene

Hva er så forholdet mellom pasientenes egne ønsker, pasientrettighetene, og praksis i behandling? Det kan lett skje at pasientene i flere behandlingssituasjoner havner mellom det som er mest ønskelig og komfortabelt for dem, og det som er ønskelig og forsvarlig fra

politisk hold. Pasientene får støtte og muligheter innen noen faste rammer; gjennom pasientrettighetene styrt av loven. Disse rettighetene er åpent formulert, men intensjonen er at pasientens ønsker og behov blir hørt.

I tillegg til pasientloven har vi den nasjonale retningslinjen for LAR. Den er ikke lovgivende eller bindende, men den er førende for praksis på rusbehandlingsfeltet. Det kan se ut til at det er gjennom praksis fra retningslinjen, at pasientens ønsker og behov blir plassert i annen rekke, dersom samfunnets behov for å beskytte «utfordres» ved at medisinerne selges. Som henvist tidligere, fremkommer dette i form av at pasienten ofte må ta medisinen under oppsyn; av frykt for at den skal selges videre, og det gjøres hyppige urinprøver for å måle medisininntak og eventuelt «blandingsbruk».

Den nasjonale retningslinjen for LAR bestemmer likevel ikke hvordan praksis skal utføres, men er den tydeligste malen behandlingsstedene har å forholde seg til, med tanke på strukturert gjennomføring. I tillegg påvirkes pasientene av hvorvidt behandlingsstedene har godt samarbeid med gjennomføringspraksis på apotekene og LAR-klinikkene, samt vice versa. Med ulike prosedyrer, forventninger og medisinspraksis, kan en lett forestille seg hvilken tilpasningsevne det må kreve å forholde seg til denne form for medisindistribusjon i det daglige. Men er det alternativ? Kan modellen forbedres?

Som vi så i kapittel 8, pekte informantene i dette utvalget på noen sider ved LAR-behandlingen, som de foreslo kunne skape bedre samarbeid om rutinene: *«En burde ha et oppsett, regler, klare ting å forholde seg til. (...) Men det burde også være rom for å feile liksom. (...) De burde kanskje hatt mer regler enn bare å delt ut medisiner. Det burde vært et opplegg. Et ordentlig opplegg».*

Sitatet tidligere poengterte også dette: *«så vi kunne gått dit til samtaler et par ganger i uka og sånne ting da. (...) At de setter seg inn i hverdagen, og prøver å samkjøre litt mer da i stedet for å bare gi ut medisiner. Ja samtaler og forebygging.»*

Tre informanter foreslo egne LAR-avdelinger der det meste av rehabiliteringen foregikk, hvor en kunne komme innom for samtale, spørsmål, og oppleve felleskap med andre som går gjennom en tilsvarende endring av habitus.

Jeg mener at ut over dette vil det være viktig å se hvilke potensial som ligger i et samarbeid med de som er brukere av behandlingen, og det er større muligheter for at dette samarbeidet kan bringe ut ressurssterke individer som ønsker å bidra og å gjøre endringer, så sant de får handlingsmulighet til det.

13 Konklusjon:

Informantene har opplevd en endring i habitusmønster, ved at de har gjennomgått et tydelig vendepunkt og en endring fra tidligere vaner. Det er ikke nødvendigvis et brudd på ett tidspunkt, men i deres narrativ om opplevelser fra overgangen inn i LAR forteller de om – både i perioden før og underveis i oppstartfasen; en endring i selvforståelse, ønsker, mål og fremtidsplaner som vi så i kapittel 6 og 7.

Det som skiller informantene i denne aldersgruppen fra pasientene generelt, er at det kan virke som at de går inn denne behandlingen uten at verken de eller deres behandlere hadde en forventning om en livslang behandling. De ønsker å slutte med medisiner etter en periode, og bruker LAR-behandlingen mer som en hjelp for å få til det rusfrie livet de selv har planer om. En behandlingsmodell som støtter opp om LAR-pasientens prosess ville dermed være positivt for endringsmulighetene, med mer kommunikasjon om både medisinske og sosialfaglige tiltak som pasienten opplever.

På grunnlag av samtalene ser det ut til at terskelen er for høy for å be om råd og hjelp til mindre avgjørelser mot tiltak som bolig og arbeid. For at pasientene skal få til en videre endring i behandling kan de trenge handlingsmuligheter gjennom å være medvirkende i egen behandling. Større satsing på å skape gode løsninger i fellesskap, kunne være en interessant innfallsvinkel i LAR-behandling. Dermed kan vi skape flere handlingsmuligheter for unge LAR-pasienter i behandling, med kontroll over egen endring.

Hvilke endringer av habitus; som nye handlingsmønster og vaner opplever unge LAR-pasienter i oppstart av rehabiliteringen, og hvilken betydning har medvirkning i behandling for opplevelsen av handlingsmuligheter til å opprettholde denne endringen?

Gjennom Spørsmål I-III har jeg villet gi noen svar på problemstillingen. Vi har sett hvordan informantene opplever en endring i livet sitt og vanene sine slik Bourdieu beskriver, og fortsetter denne habitusendringen videre i LAR-behandling. Jeg har satt dette i relasjon til hvilke endringsmuligheter de har i rehabilitering, begrensninger på denne som bolig og sysselsettingsvansker, og om de opplever brukermedvirkning som gir dem handlingsmuligheter i egne liv. Dette har jeg gjort ved å argumentere for Giddens teori om at de trenger handlingsmuligheter for å kunne opprettholde habitusendringen.

Som nye handlingsmønster har de opplevd en endring mot å holde seg vekk fra rusmidler som heroin og andre sterke stoffer. Noe blandingsbruk forekommer, men de

opplever at de får til endring. De har begynt på medisiner og fått nye vaner. Noen av deres nye rutiner er å plassere seg i nye situasjoner som å skape ett nytt nettverk, gå til samtaler, daglig henting av medisiner og å holde kontroll på rusmestring.

Informantene har villet endre handlingsmønstrene sine fordi de ønsker inn i nye sosiale situasjoner, og å forme livet slik de ønsker. De opplever ikke at kontrollmetodene i seg selv begrenser deres handlingsmuligheter, men at tidsrammer for den daglige henting hindrer deres muligheter og videre endringsprosess mot utdanning og arbeid.

I tråd med det siste leddet i problemstillingen opplever de at ved mer informasjon og medvirkning i LAR-behandling, kan det bidra til mer selvstendiggjøring og kontroll i egen behandling. På den måten kan man unngå at mulighetene for endring begrenses, og i stedet støtte opp under deres prosess med å opprettholde habitusendringen.

Litteraturliste

Aftenposten Innsikt (2014) *Det blåser en legaliseringsvind over verden*. Nr.3/2014-Mars. Side: 37-55.

Aftenposten (2014), Wisløff, Christine og Hanne Brorson i artikkel 23/3-2014 «Hva gjør at pasienter dropper ut av behandling»

Bourdieu (1999) *Mediations pascaliennes*. Norsk utgave. Oslo: Pax forlag

Bourdieu et.al (1999) *The weight of the world*. California: Stanford University Press

Bowen, J. and K. Quintano (2013). *En gatekatt ved navn Bob*. Oslo, Bastion.

Bøe, T. D. and A. Thomassen (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo, Universitetsforl.

Frantzen, Evy (2001) *Metadonmakt – Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Geertz, Clifford (1973) *Thick description: Toward an interpretive theory of culture*. I *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books p.3-32

Giddens, Anthony (1984) *The construction of society. Outline of the Theory of Structuration*. USA: University of Californiapress

Harris & McElrath (2012) *Methadone as social control: Institutionalized Stigma and the Prospects of Recovery*. Qualitative health research, Vol. 22: 6

Jacobsen Michael Hviid, Søren Kristiansen & Annick Prieur (red.) (2002) *Liv, fortælling, tekst: streiftog i kvalitativ sociologi*. Ålborg: Ålborg universitetsforlag

Steinar Kvale og Svend Brinkman (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal

Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp: recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*. København, Akademisk Forlag.

Järvinen, M. and G. Miller (2010). "Methadone Maintenance as Last Resort: A Social Phenomenology of a Drug Policy." *Sociological Forum* 25(4): 804-823.

Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner: realisering av brukermedvirkning*. Bergen, Fagbokforl.

Ravndal, Edle (2009) *Behandling eller kontroll – om disiplinering og makt i norske rusmiddelsetjenesten*. Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift Vol.26

Presser, L. (2009) "The narratives of offenders". *Theoretical Criminology* 13: 177–200

Reisinger og Picard (1996) *Methadone in Belgium*. *Addiction Research and Theory* Jan 1996, Vol. 3, No. 4, Pages 369-374

Rubin Herbert J. og Helene Rubin (2005) *Qualitative interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks USA: Sage Publications, Inc

Taksdal, A., et al. (2006). *På randen av å bo: erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Bergen, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier.

Tungland, Else M. og Marie Smith Solbakken (1997) *Narkomiljøet - Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Gyldendal

Vaglum, Per (2004) *Den første pasienten – fortelling om et avgjørende møte*. Oslo: Universitetsforlag

Vatne, S. (2006) *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Vigilant, L. G. (2008). "I am still suffering." The dilemma of multiple recoveries in the lives of methadone maintenance patients." *Sociological Spectrum* **28**(3): 278-298.

Amundsen, Ellen J. m.fl. (2010) SIRUS-rapport

<http://www.sirus.no/Hva+er+misbruk+og+avhengighet%3F.d25-SMRbGXb.ips>

Apotek1 (2012) Utlevering av LAR-medisin. Nina Taraldsen

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/arrangementer/konferanser/konferanser-2012/lar-konferanse-2012/presentasjoner/lar-seminar-nina-taraldsen.pdf> Sist sett:

20/01-14 kl. 16.30

Den Nasjonale retningslinjen for LAR ved opioidavhengighet (2010)

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/forord?hideme=true>

Etikkom (2010) <http://www.etikkom.no/FBIB/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/rusmisbrukere/>

Erfaringskompetanse (2012) Heidi Westerlund

<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/mer-enn-bare-ord>

Sist sett: 20/12-13 kl.12.19

Flåto, Maja og Nicolay B. Johansen (2008) *Sosiologisk forståelse av avhengighet*

Sosiologi i dag, Årgang 38, Nr. 1/2008

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=0CFgQFjAK&url=http%3A%2F%2Fphp52.novus.no%2Findex.php%2FSID%2Farticle%2Fdownload%2F288%2F274&ei=36V8Ut67BsG44ATH5IDgBQ&usg=AFQjCNFveTJHp9HC-eO9ze_edh9hcs_EHg&bvm=bv.56146854,d.bGE

- Goffman, Erving (1963) *Stigma and social identity i Stigma: Notes of the management of Spoiled identity*. USA: Pelican books.
http://books.google.no/books?id=zuMFXuTMAqAC&printsec=frontcover&hl=no&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gryt (2005) Et bedre liv med metadon?: En kvalitativ studie av metadonbrukere i Oslo-området. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/15550> Sist sett: 3/6-14
- Gryt, Marit (2006) http://www.idunn.no/file/ci/2913087/rus_2006_04_hoydosert_og_slov.pdf
 Sist sett: 28/03-14 kl.16.17
- Helsetilsynet (2011) <http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Tolkningsuttalelser/Helse-omsorgstjenester/Apotekenes-ansvar-utlevering-LAR-legemidler-pa-resept/> Sist sett: 21/01-14 kl. 09.47
- Idunn, Alle stridigheters sosiolog: http://www.idunn.no/ts/nsa/2002/0203/pierre_bourdieu_-_alle_stridigheters_sosiolog Sist sett: 27/11-13 kl.11.49
- Myhra (2010) <http://www.borgestadklinikken.no/files/rusfag-1-2010-Brukegruppe2.pdf>
- Den norske Legeforening (2002) <http://tidsskriftet.no/article/549754> Sist sett: 03/01.14 kl.13.27
- Lillebuen (2005) Rus og virksomhet: 8 jenters rushistorie sett i lys av virksomhetsteorien <https://www.duo.uio.no/handle/10852/15498> Sist sett: 3/6-14
- Pasient- og brukerrettighetslov (1999): LOV-1999-07-02-63
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=lov-1999-07-02-63&> Sist sett: 29/11-13 kl. 10.57
- Prieur, Annick (2002a) *Frihet til å forme seg selv*
http://www.hum.au.dk/cek/kontur/pdf/kontur_06/annich_prieur.pdf Sist sett: 26/11-13 kl. 15.53
- Rapport (2004) *Statusrapport for pasienter i Legemiddellassistert rehabilitering*
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2004/rapport.SK-4.2004.pdf> Sist sett 6/1-14 kl.14.10
- Ressurs (2011) https://www.delta.no/helsefagarbeidere/_attachment/20040/binary/47809
 Utgave nr. 2. Sist sett: 29/01-14 kl. 16.43
- SSB (2009) Statistisk sentralbyrå. *Utflytting fra oppveksthjemmet–Når flytter de unge hjemmefra?*
<http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/naar-flytter-de-unge-hjemmefra>
- Skatvedt, Astrid og Janne Scheffels (2012) *Virksom uvirksomhet? Pauser som arena for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse*. Sosiologi i dag, Årgang 42, nr. 1/2012.
<http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/download/260/246> Sist sett: 6/1-14 kl.14.16

Skretting, Astrid (2010) *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere*
<http://www.sirus.no/Tjenestetilbudet+til+rusmiddelmissbrukere+-+noen+utviklingstrekk.d25-SMRbU0l.ips> Sist sett: 21/01-14 kl.12.15

Sociology encyclopedia (2013)
http://www.sociologyencyclopedia.com/public/tocnode?query=drugs&widen=1&result_number=2&from=search&id=g9781405124331_yr2012_chunk_g978140512433110_ss2-45&type=std&fuzzy=0&slop=1

Sommerseth, Rita (2005) *Observasjon av samspill – en metode for læring i profesjonsutdanning*. Stavanger: Universitetet i Stavanger
http://brage.bibsys.no/uis/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_17415/1/observasjon%20av%20samspill.pdf Sist sett: 20/01-14 kl. 16.16

Sammendrag fra Statusrapport (2009)
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2010/seraf-rapport-nr-1-2010-statusrapport-2009.html>

Statusrapport (2012),
Waal, Helge, Thomas Clausen, Atle Håseth og Pål H Lillevold:
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2012/nedlastinger/SERAF-rapport-nr-1-2012-Statusrapport-2011.pdf> Sist sett: 31/10-13 kl. 13.15

Statusrapport (2013),
Waal, Helge, Kari Bussesund, Thomas Clausen, Atle Håseth og Pål H Lillevold
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2013/nedlastinger/seraf-rapport-nr-1-2013-statusrapport-2012.pdf> Sist sett: 05/05-14 kl.19.03

St.meld. nr.30 (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk – alkohol-narkotika-doping*
Regjeringen Stoltenberg II. Sist sett: 29/11-13 kl. 13.37
<http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>

Vaglum, Per (2002) <http://tidsskriftet.no/article/580844>

Vindedal Bente (2004) *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*: Evalueringsrapport
<http://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-legemiddelassistert-rehabilitering-evalueringsrapport/Evaluering%20legemiddelassrehab.pdf/@@inline> Sist sett: 28/03-14 kl.16.24

Øia, Tormod (2013) *Ungdom, rus marginalisering*. Oslo: Cappelen Damm

Antall ord i oppgaven: 36 604

Vedlegg 1: Temaliste for intervjuene

Oppstart:

- Hvor lenge har du vært i LAR? Har du vært andre steder før?
- Hvordan fikk du vite om det (fastlege, sosial kontor, familie/venner)
- Hva var det som gjorde at du ville inn i LAR?
- Hvordan er en bra dag/vanskelig dag?

1. Hvordan oppleves LAR:

- Hva går tilbudet om LAR ut på? (Samtaler, medisiner, ansvarsgruppe, individuell plan)
- Etter din erfaring, på hvilke måter fungerer LAR slik du regnet med?
- På hvilke måter fungerer LAR mindre godt, slik du ser det?
- Hvilke reaksjoner har du fått når du har fortalt at du skulle i LAR?

2. Forventninger før

- Hvilken opplevelse hadde du av LAR før du fikk godkjent søknaden?
- Hva syntes du om søknadsprosessen? Fikk du hjelp til den?
- Hvordan vil du si at behandlingen passer overens med hva som fungerer for deg?
- Hva var grunnen til at du ble vurdert tenker du?
- Hvor lenge ventet du før du fikk søknaden godkjent? Hvordan var venteperioden?

3. Medisiner og henterutiner

Hentested

- Hvor henter du medisinen? Hvilken erfaring har du rundt det å hente medisinen?
- Hvordan vil du si at du blir tatt i mot ved LAR-klinikken/apoteket?
- Kjenner du til andres erfaringer av denne situasjonen?
- Hvis du skulle bestemt hentesituasjon hvordan ville den være da?

Medisinske dimensjoner

- Hvilken medisin har du?
- Fikk du velge den selv, eller hadde LAR anbefalinger?
- Har du ønsket å bytte den medisinen du har? (Evt. hva hendte da du byttet medisin?)
- Snakker du med legen om medisinen? (dosering, trappe ned, slutte)

4. Kontrollrutiner og eventuell likhet med andre situasjoner

- Den nasjonale retningslinjen for LAR-behandling, peker på at det er en del bruk av rusmidler utenom det forskrevne legemiddelet. Hva er dine tanker om dette?
- Hva hjelper medisinen for/ikke for?
- Hva vil du si er de viktigste reglene i LAR?
- Har du erfaring med kontroller?

Opplevelse av likhet på tvers av situasjoner:

-Med tanke på samtaler, regler og behandling; opplever du at LAR ligner på andre situasjoner:

1. Pasientrolle: syntes du det er som et besøk hos legen
2. Kontrollrolle: Hva er greit å snakke om/ikke greit å fortelle?
3. Skolerolle: Er det som at de vet best hvordan nå mål?
4. Familierolle/relasjon: Er det som å prate med familie?

5. Endringer i bosituasjon og sysselsetting i LAR

- Har du fått hjelp av LAR til å finne løsninger på bolig eller arbeid?
- Har din bo-situasjon endret seg etter at du startet LAR?
- Hvordan vil du beskrive endringer i forbindelse med bolig, økonomi, utdanning, helse

6. Fremtidsmuligheter:

Hvor lenge tenker du å gå på denne medisinen?

- Tenker du deg at du skal holde stabil, slutte eller trappe ned med LAR medisinen?
- Kan du velge å fortsette med samtaler, dersom din medisinske situasjon endrer seg?
- Hvilke aktiviteter ønsker du å fortsette med videre i denne rehabiliteringen?

Vedlegg 2: Forespørsel om kvalitativt intervju

«Tidligere rusbrukeres opplevelse av å delta i LAR»

Mitt navn er Kathrine Nordbø, og jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Jeg ønsker å skrive om det å være ung i LAR, og hvordan det oppleves å være i rehabilitering med legemidler.

For å finne ut noe mer om dette, ønsker jeg å intervjuer inntil 8 personer i alderen 20-25 år. Deltakelse i intervjuundersøkelsen ikke vil ha noen konsekvenser, verken i form av fordeler eller ulemper, for brukernes behandlingstilbud. Rekruttering av deltakere vil skje gjennom avdelingslederen ved ruspoliklinikken, og jeg vil dermed ikke få kjennskap til deltakernes identitet. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vil foregå i avdelingens lokaler.

Dersom det er greit for informanten, er det ønskelig for meg å bruke opptaker under intervjuet, og jeg vil ellers ta notater mens vi snakker sammen.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det vil heller ikke få noen konsekvenser. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 30/09-2014.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg, eller leverer den til meg på kontoret i avdelingen. Hvis det er noe du lurer på kan du sende en e-post til kathrno@student.sv.uio.no, eller professor hedda.giertsen@jus.uio.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Kathrine Nordbø

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Tlt/dato